СХЕМА-ТЕРАПИЯ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Джеффри ЯНГ
Джанет КЛОСКО
Марджори ВАЙСХААР

Предисловие к русскому изданию **Джеффри ЯНГА**

СХЕМА-ТЕРАПИЯ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

SCHEMA THERAPY

A PRACTITIONER'S GUIDE

Jeffrey E. YOUNG
Janet S. KLOSKO
Marjorie E. WEISHAAR



THE GUILFORD PRESS
New York London

СХЕМА-ТЕРАПИЯ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Джеффри ЯНГ
Джанет КЛОСКО
Марджори ВАЙСХААР



Москва • Санкт-Петербург
2020

ББК 88.4
Я60
УДК 159.9

Компьютерное издательство "Диалектика"

Зав. редакцией *Н.М. Макарова*

Перевод с английского *Н.В. Коневской*

Под редакцией канд. психол. наук *М.А. Борисовой*, *Н.М. Бурановой*, *Ю.В. Захаровой*, *М.Р. Миракян*, *А.В. Мураловой*, *М.И. Скрябиной*, канд. психол. наук *М.А. Соколовой*, *Н.А. Степановой*, *И.Л. Ядрошникова*

При участии канд. психол. наук *Э.В. Крайникова*

По общим вопросам обращайтесь в издательство "Диалектика" по адресам:
info@dialektika.com, http://www.dialektika.com

Янг, Дж., **Клоско**, Дж., **Вайсхаар**, М.

Я60 Схема-терапия. Практическое руководство: Пер. с англ. — СПб. : ООО "Диалектика", 2020 — 464 с. : ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-5-907203-40-2 (рус.)

ББК 88.4

Научно-популярное издание

Джеффри Янг, Джанет Клоско, Марджори Вайсхаар

Схема-терапия. Практическое руководство

ООО "Диалектика",
195027, Санкт-Петербург, Магнитогорская ул., д. 30, лит. А, пом. 848

ISBN 978-5-907203-40-2 (рус.)

ISBN 1-57230-838-9

ОГЛАВЛЕНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ

ОБ АВТОРАХ

Джеффри Янг — д-р философии, сотрудник кафедры психиатрии Колумбийского университета, основатель и директор центров когнитивной терапии в Нью-Йорке и Коннектикуте, а также Института схема-терапии (institute@schematherapy.com). В течение последних двадцати лет доктор Янг читал лекции по когнитивной терапии и схема-терапии на мероприятиях международного уровня. Он обучил тысячи специалистов в области психического здоровья и получил широкое признание за выдающиеся навыки преподавания.

Доктор Янг основал схема-терапию — интегративный подход к лечению пациентов с психическими расстройствами, которые сохраняются на протяжении продолжительного времени и плохо поддаются "обычному" лечению. Он является автором множества публикаций в сферах как когнитивной терапии, так и схема-терапии, а также автором двух весьма интересных книг: *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach* (Когнитивная терапия расстройств личности: схема-ориентированный подход) — написана для специалистов в области психического здоровья; *Прочь из замкнутого круга* (*Reinventing Your Life*) в соавторстве с Джанет Клоско — популярная книга по самопомощи, рассчитанная на широкую аудиторию (опубликована на русском языке). Доктор Янг выступал в роли консультанта в нескольких исследованиях, получивших гранты, в области когнитивной и схема-терапии, в том числе принимал участие в проекте Национального института психического здоровья по исследованию депрессии (*National Institute of Mental Health Collaborative Study of Depression*). Д-р Янг входит в состав редакционной коллегии журналов *Cognitive Therapy and Research* (Когнитивная терапия и исследования) и *Cognitive and Behavioral Practice* (Когнитивная и поведенческая практика).

Джанет Клоско — д-р философии, соруководитель Центра когнитивной терапии Лонг-Айленда (г. Грейт-Нек, штат Нью-Йорк), старший психолог в Манхэттенском институте схема-терапии, а также в Центре женского здоровья (г. Вудсток, штат Нью-Йорк). Она защитила диссертацию по клинической психологии в Университете штата Нью-Йорк (SUNY) и прошла стажировку/практику в Медицинском университете Брауна. Обучаясь в SUNY, она работала с Дэвидом Барлоу, исследуя тревожные расстройства и занимаясь их лечением. Д-р Клоско получила награду за выдающиеся достижения в исследованиях, а также награду за свою диссертацию от Американской психологической ассоциации в разделе "клиническая психология как наука". Джанет является автором многочисленных научных публикаций, соавтором (с Уильямом Сандерсоном) книги *Cognitive-Behavioral Treatment of Depression* (Когнитивно-поведенческий подход к лечению депрессии) и (с Джеффри Янгом) популярной книги *Прочь из замкнутого круга* (*Reinventing Your Life*). Она также получила степень магистра в области английской литературы.

Марджори Вайсхаар — д-р философии, профессор в области психиатрии и поведения человека в Медицинском университете Брауна, где она преподает когнитивную терапию для психиатров, интернов-психологов и докторантов (Marjorie_Weishaar@brown.edu). Ее достижения в качестве преподавателя были отмечены двумя наградами Медицинского университета Брауна. Д-р Вайсхаар окончила Пенсильванский университет, а также получила три докторские степени в Университете штата Пенсильвания. Она прошла обучение когнитивной терапии у Аарона Бека и схема-терапии у Джеффри Янга. Также является автором книги *Aaron T. Beck*, посвященной когнитивной терапии и ее основателю и недавно переведенной на китайский язык. Д-р Вайсхаар активно выступает с лекциями; она написала большое количество статей и глав для книг, посвященных когнитивной терапии, особенно в области суицидального риска. В настоящее время занимается частной практикой в Провиденсе, штат Род-Айленд.

Общую информацию о схема-терапии можно получить здесь:

Schema Therapy Institute
36 West 44th Street, Suite 1007
New York, NY 10036
Тел. 212-221-1818, добавочный 5
E-mail: institute@schematherapy.com
Веб-сайт: www.schematherapy.com

ПРЕДИСЛОВИЕ

Трудно поверить, что прошло девять лет с момента выхода нашей предыдущей книги по схема-терапии. На фоне все возрастающего интереса к этому подходу нам постоянно задавали вопрос "Когда вы собираетесь написать современное, исчерпывающее руководство по схема-терапии?" Со смущением нам пришлось признать, что просто не удавалось найти время на такой масштабный проект.

После трех лет интенсивной работы мы, наконец, создали книгу, которая, надеемся, станет "библией" схема-терапии. Мы постарались включить в нее все дополнения и уточнения последних десяти лет, в том числе пересмотренную модель концептуализации, подробные терапевтические протоколы, клинические случаи и анамнезы пациентов. В частности, мы написали расширенные главы, уделив особое внимание схема-терапии в случае пограничных и нарциссических расстройств личности.

За последние десять лет на схема-терапию оказали влияние многие изменения в области психического здоровья. Поскольку практикующие специалисты различных направлений осознают ограничения "традиционной" терапии, появляется интерес к интеграции психотерапии. В качестве одного из первых комплексных, интегративных подходов, схема-терапия стала привлекать многих практикующих врачей и исследователей, которые ждали "разрешения" и руководства к действию, чтобы выйти за рамки существующих моделей.

Одним из ярких свидетельств повышенного интереса к схема-терапии стало повсеместное использование Методики ранних дезадаптивных схем Янга (Young Schema Questionnaire — YSQ) практикующими врачами и исследователями по всему миру. YSQ уже переведен на испанский, греческий, голландский, французский, японский, норвежский, немецкий и финский языки. И это лишь некоторые из стран, которые переняли определенные элементы этой модели. Обширные исследования методики ранних дезадаптивных схем Янга подтверждают эффективность данной модели схема-терапии.

Еще одним признаком востребованности этого вида терапии является успех двух наших ранних книг по схема-терапии (даже спустя десять лет после их издания) — *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach* (Когнитивная терапия расстройств личности: схема-ориентированный подход) и *Прочь из замкнутого круга*, вышедшей тиражом более чем 125 тысяч экземпляров и переведенной на несколько языков, в том числе на русский.

В последнее десятилетие также наблюдалось расширение сферы применения схема-терапии — она начала выходить за пределы работы с расстройствами личности. Этот подход стали применять к широкому кругу клинических проблем, групп

населения и расстройств, включая, среди прочего, хроническую депрессию, детские травмы, работу с правонарушителями, расстройства пищевого поведения и предупреждение рецидивов при зависимости от психоактивных веществ. **Часто схема-терапия используется для лечения личностных особенностей у пациентов с симптомами оси I[1], после того как острота этой симптоматики уменьшается.**

Еще одним важным моментом стало сочетание схема-терапии с духовностью. Уже опубликованы три книги — *Алхимия эмоций* Тары Беннет Гоулман, *Praying Through Our Lifetraps: A Psycho-Spiritual Path to Freedom* (Молитвы сквозь ловушки жизни: психо-духовный путь к свободе) Джона Чечеро и *The Myth of More* (Миф о большем) Джозефа Новелло, — которые совмещают подходы схема-терапии с медитацией осознанности и традиционными религиозными практиками.

Единственное, что нас разочаровывает и что, как мы надеемся, изменится в грядущем десятилетии, — это влияние медицинского обслуживания и сокращения расходов на лечение расстройств личности в США. Практикующим специалистам становится все труднее получить страховую компенсацию, а исследователям — федеральные гранты, поскольку лечение расстройств, относящихся к оси II[2], обычно отнимает больше времени и, следовательно, не соответствует модели краткосрочного лечения. В итоге США отстали от многих других стран в поддержке работы с расстройствами личности.

Результатом стала нехватка хорошо спланированных исследований в области расстройств личности. (Заметным исключением является подход диалектической поведенческой терапии Марши Линехан к пограничному расстройству личности[3]). Это крайне затрудняет получение финансирования для исследований, которые могут оказать эмпирическую поддержку схема-терапии.

По данной причине мы теперь обращаемся к другим странам в поисках финансирования этих важных исследований. В частности, мы с нетерпением ждем публикации результатов исследования, проводившегося под руководством Арнуда Арнтца в Нидерландах. В этом масштабном и многоуровневом исследовании эффективность схема-терапии сравнивается с подходом Отто Кернберга к лечению пограничных расстройств личности.

Специально для читателей, которые еще не знакомы со схема-терапией, мы расскажем об основных преимуществах этого вида терапии в сравнении с другими широко распространенными подходами. По сравнению с большинством других подходов схема-терапия более интегративна, сочетает аспекты когнитивной, поведенческой, психодинамической (особенно объектных отношений) моделей, теорию привязанности и

---

[1] Ось *I* Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (*DSM*-5) включает клинические синдромы и состояния, связанные с психическим заболеванием. — *Примеч. ред.*

[2] Ось *II* Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (*DSM*-5) включает отклонения в развитии личности, в том числе интеллектуальную недостаточность, специфические нарушения развития (особенно те, которые ведут к деформации личности) и расстройства личности. — *Примеч. ред.*

[3] См. Линехан М. *Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности*: Пер. с англ. — СПб.: "Диалектика", 2020.

гештальт-терапию. Схема-терапия рассматривает когнитивные и поведенческие компоненты как жизненно важные для лечения, придавая равное значение эмоциональным изменениям, экспериенциальным техникам и терапевтическим отношениям.

Другим ключевым преимуществом схема-терапии является ее доступность и кажущаяся простота в сочетании с фактической глубиной и сложностью. Ее легко понять как психотерапевтам, так и пациентам. Модель схема-терапии включает в себя сложные идеи, многие из которых могли бы показаться запутанными и странными для пациентов, использующих другие виды терапии, и представляет их в простом и понятном формате. Таким образом, схема-терапия отличается здравым смыслом когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в сочетании с глубиной психодинамического подхода и других смежных подходов.

Схема-терапия сохраняет две важнейшие характеристики КПТ: она структурирована и систематична. Психотерапевт проводит процедуры по оценке состояния пациента и его лечению в определенной последовательности. Диагностический этап предполагает применение процедур, оценивающих схемы, копинговые стратегии и поведенческие паттерны. Этап лечения — активный и целенаправленный, ориентирующийся не только на получение инсайтов, но и на обеспечение перемен в когнитивном, эмоциональном, межличностном и поведенческом контекстах. Схема-терапия также полезна при работе с парами: она помогает обоим партнерам понять и оздоровить свои схемы.

Другим преимуществом схема-модели является ее специфичность — она выявляет конкретные схемы, копинговые стратегии и поведенческие паттерны. Кроме того, схема-терапия отличается специфичностью терапевтических стратегий и индивидуальным подходом к каждому пациенту. Схема-терапия также предлагает простой и доступный метод анализа и корректировки взаимодействия между пациентом и терапевтом в процессе лечения. Таким образом, работая с пациентами, психотерапевты могут отслеживать собственные схемы, копинговые стратегии и режимы.

Наконец (и это, возможно, наиболее важно), мы считаем, что схема-терапия необычайно сострадательна и гуманна по сравнению с "обычным лечением". Она нормализует, а не патологизирует психологические расстройства. Схемы, копинговые стратегии и режимы есть у всех людей без исключения; у пациентов, лечением которых мы занимаемся, они просто более категоричные и жесткие. Этот подход предполагает проявление сочувствия и уважения, особенно по отношению к пациентам с наиболее тяжелыми проблемами (такими, как пограничные расстройства личности), к которым в других видах терапии часто относятся с минимальным состраданием, а иногда даже винят их в возникновении этих проблем. Концепции эмпатической конфронтации и замещающего родительства обеспечивают заботливое отношение терапевтов к своим пациентам. Работа с режимами облегчает процесс конфронтации, позволяя терапевту агрессивно противостоять жесткому, дезадаптивному поведению, оставаясь при этом на стороне пациента.

В заключение выделим некоторые из новых разработок в схема-терапии, которые были сделаны в течение последнего десятилетия. Во-первых, сегодня у нас есть пересмотренный и дополненный список схем, который содержит 18 схем в пяти доменах (категориях). Во-вторых, были разработаны новые, подробные терапевтические протоколы для пациентов с пограничными и нарциссическими расстройствами личности.

Эти протоколы расширили сферу применения схема-терапии, в первую очередь благодаря внедрению концепции режимов функционирования схемы. В-третьих, делается акцент на копинговых стратегиях, особенно на избегании и гиперкомпенсации, а также на изменении копинговых стратегий при разрушении поведенческих паттернов. Наша цель — заменить дезадаптивные копинговые стратегии более здоровыми, которые позволят пациентам удовлетворять свои базовые эмоциональные потребности.

По мере развития и становления схема-терапии все большее значение придается концепции замещающего родительства при работе с пациентами, страдающими наиболее тяжелыми расстройствами. В установленных рамках терапевтических отношений психотерапевт пытается восполнить потребности пациента, которые не были удовлетворены в его детстве. Наконец, все больше внимания уделяется собственным схемам психотерапевта и его копинговым стратегиям, особенно тем, которые имеют отношение к терапевтическому взаимодействию с пациентом.

Мы надеемся, что эта книга даст многим психотерапевтам новый подход к работе с пациентами с хроническими и длительно присутствующими темами и поведенческими паттернами и что схема-терапия принесет немало пользы таким пациентам, ради которых она, собственно говоря, и была создана.

Дебби, Саре и Джейкобу.
Джеффри Янг

Моему учителю д-ру Дейвиду Х. Барлоу.
Никакие слова не могут передать мою благодарность.
Джанет Клоско

Моим родителям
Марджори Вайсхаар

ПРЕДИСЛОВИЕ ДЖЕФФРИ ЯНГА К РУССКОМУ ПЕРЕВОДУ

С большой радостью и воодушевлением мы представляем нашим новым заинтересованным читателям в России самое важное и полное пособие по схема-терапии.

Публикация книги *Схема-терапия: практическое руководство* на русском языке — это особый подарок для нас. Эта книга лежит в основе теоретической и методической подготовки ведущих схема-терапевтов более чем в 80 странах, и мы рады возможности познакомить психотерапевтов с фундаментальной работой по схема-терапии на русском языке.

Мы надеемся, что эта книга станет источником уникальной, оригинальной информации, полезным пособием для подготовки новых специалистов и источником вдохновения для опытных терапевтов.

Хотя эта книга была опубликована в 2003 году, она не устарела и остается актуальной по сей день. Как свидетельствуют наши уважаемые коллеги, признанные схема-терапевты из многих стран, эту книгу "можно и нужно перечитывать, потому что в ней в концентрированной форме щедро заложены многие идеи, которые были разработаны, исследованы и могут быть развернуты более подробно".

Особая благодарность — группе квалифицированных переводчиков и редакторов за усердную работу по подбору эквивалентов профессиональных терминов на русском языке.

Мы высоко ценим энтузиазм и усилия по распространению схема-терапии в России. Наши друзья и коллеги Джоан Фаррелл и Айда Шоу в 2012 году по приглашению Ассоциации "Анима" впервые в России провели официальный сертификационный учебный курс по схема-терапии в Санкт-Петербурге. С тех пор более тысячи специалистов в России прошли подготовку по схема-терапии, и теперь уже два института в Санкт-Петербурге и Москве готовят сертифицированных схема-терапевтов.

В октябре 2018 года Джеффри впервые встретился с российскими психотерапевтами на вебинаре. Мы надеемся, что в ближайшее время в России состоится и личная встреча.

Джеффри Янг, д-р философии,
основатель схема-терапии и Международного общества схема-терапии (ISST)

Венди Бихари, LCSW
Президент ISST с 2010 по 2014 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

Издание книги Джеффри Янга *Практическое руководство по схема-терапии* на русском языке — событие значительное и долгожданное. Несмотря на то что книга была первоначально издана в 2003 году, она и сегодня не потеряла своей актуальности и эвристического "заряда". Многие авторы до сих пор черпают из нее ресурсы теоретического и практического вдохновения. Это вполне соответствует позиции самого автора, который открыт для дискуссий, предложений, инноваций как в теории, так и в практическом применении схема-терапии.

Джеффри Янг создал современное направление в психотерапии относительно недавно — в 1990-х годах. Создал в достаточно жестких условиях критики и даже противодействия со стороны бывших коллег. Впрочем, это вполне обычная история даже в области психотерапии. Тем не менее схема-терапия очень быстро стала не просто популярным среди врачей и пациентов методом, но и приобрела солидную доказательную базу на основе клинических исследований во многих странах мира. Большой вклад в укрепление авторитета молодого направления психотерапии внесла команда высококлассных исследователей и практиков, которых Янг привлек и объединил своей неординарной креативностью в сочетании с удивительной теплотой, отзывчивостью и искренностью. Среди исследователей, внесших решающий вклад в становление и утверждение авторитета схема-терапии необходимо назвать Арно Арнтца, Джоан Фаррелл, Бо Бах, Марлин Рийкебоер, Джил Лоббесталь, Бамелис, Гиссен-Бло, Гиту Джейкоб, Джорджа Локвуда и многих других. Достаточно сказать, что количество качественных научных публикаций по схема-терапии в ведущих мировых реферируемых журналах по психологии и психиатрии каждый год удваивается (по данным Scopus и WebOfScience).

Несомненно, Джеффри Янг является одним из наиболее глубоких и талантливых современных психотерапевтов, практикующих и развивающих собственную теорию и методологию. Вместе с тем это очень обаятельный, эмпатичный и непосредственный человек, вызывающий теплую симпатию и искренний интерес у самых разных собеседников. Это тот уникальный случай, когда человек, описывая требования к определенному стилю терапевтического отношения, сам в полной мере соответствует этому стилю. На своих лекциях и семинарах Джеффри Янг постоянно подчеркивает важность профессионального владения техниками и интервенциями психотерапевтического процесса. Но основным и самым главным он считает "непосредственное истинное присутствие терапевта как личности в контакте с пациентом", открытость

собственным потребностям, схемам и режимам терапевта с позиции режима Здорового взрослого и Заботливого родителя. В этом основная сложность и одновременно привлекательность схема-терапии, обеспечивающие доказанную высокую эффективность в лечении сложных расстройств.

Идеи и клинические рекомендации, изложенные в книге, будут полезны начинающим терапевтам и опытным специалистам, исследователям и преподавателям. Она поможет изучающим схема-терапию лучше подготовиться к практическим занятиям, на которых они смогут обратить полученные знания в конкретные навыки в общении с опытными наставниками, а главное, выработать тот "родительский" стиль, который является основой терапевтических отношений в схема-терапии.

Публикация русского перевода книги Янга — результат вдумчивой и профессиональной работы большого коллектива. Значительной удачей является привлечение специалистов, прошедших базовую и углубленную подготовку в схема-терапии и хорошо владеющих английским литературным и профессиональным языком. Объединенные усилия Центра когнитивной терапии с коллективом переводчиков, представляющих разные учебные и практические центры схема-терапии, позволили представить читателю более выверенное с языковой точки зрения изложение модели схема-терапии. Это особенно важно в период становления специфического русскоязычного тезауруса нового направления в психотерапии.

Следует учесть, что с момента публикации книги Янга в 2003 году произошли и происходят изменения в обозначении и классификации некоторых категорий схема-терапии. Например, добавляются описания дополнительных режимов, обнаруженных в процессе клинической работы. В частности, режимы, которые автор называет Родительскими, все чаще в современной литературе определяются как режимы Критика (Наказывающий, Требовательный, Обвиняющий, Запугивающий и др.). Это связано с тем, что в самом определении Родительского режима присутствуют усвоенные в детском возрасте "послания" не только от родителей, но и от учителей, родственников, воспитателей и других значимых людей. Этот собирательный образ обычно требует наибольшего объема времени и усилий в работе схема-терапевта для его устранения и достаточно хорошо описывается термином "Внутренний критик". Кроме того, образ Критика, донимающего пациента неадекватными претензиями, вызывает, как правило, меньше желания его защищать, проявлять "лояльность", чем образ Родителя, который ассоциируется с реальными родителями пациента.

Главная особенность и стиль терапевтических отношений определяется Янгом как "ограниченное родительство". Это буквальный перевод термина "limited reparenting". В русском языке понятие "ограниченного", особенно в применении к психической реальности, носит явно негативную окраску. Поэтому было предложено понятие "замещающего родительства", которое по значению больше соответствует смыслу в определении Янга. "Родительское" отношение терапевта помогает восполнить, заместить пробелы воспитания пациента реальными родителями, которые по разным причинам не смогли удовлетворить (или даже основательно нарушили) основные эмоциональные потребности ребенка. Кроме того, важнейшей целью схема-терапии является усвоение, интериоризация пациентом образцов отношения и поведения Здорового взрослого и Заботливого родителя, которые демонстрирует и проявляет терапевт в

процессе схема-терапии, другими словами — замещение дисфункциональных копинговых режимов и режимов Критика режимами Здорового взрослого и Счастливого ребенка. Естественно, эти отношения ограничиваются профессиональными, в том числе этическими, нормами, принятыми в психотерапии.

Схема-терапия привлекает и заслуживает все больше внимания, признания и уважения не только среди профессионалов в психотерапевтическом сообществе, но и среди пациентов разного возраста, людей, нуждающихся в психологической помощи, родителей и педагогов, сталкивающихся с проблемами воспитания. Сейчас уже можно говорить о значительном распространении схема-терапии в России, включая профессиональную подготовку схема-терапевтов на базе двух сертифицированных институтов, введение курсов схема-терапии в программы ведущих вузов, проведение исследований и широкой клинической практики, публикацию научных и методических материалов.

Большую роль в распространении схема-терапии сыграло то, что она является действительно интегративным подходом в психотерапии. Используя традиции и арсенал наиболее значительных теорий философии, психологии и психиатрии, Джеффри Янг не просто объединил их, а создал очень стройную, понятную и эффективную концепцию, основанную на связи потребностей, схем и режимов. Это дало возможность объяснить и смоделировать здоровое развитие психики, развитие и проявления патологии, а также эффективные программы терапевтического процесса. Ее интегративность проявляется также в том, что она позволяет использовать техники и интервенции из многих областей психотерапии и прикладной психологии (включая арт-терапию, психодраму, телесные практики, визуализации, переходные объекты, игровую терапию и многие другие), если они соответствуют задачам схема-терапии: преодоление копинговых режимов, ослабление и устранение режимов Критика, направление гнева в режиме Сердитого ребенка в безопасное русло, утешение Уязвимого ребенка и развитие, усиление режимов Счастливого ребенка и Здорового взрослого.

Концепция схема-терапии, разработанная Джеффри Янгом, не является догмой или строго определенным предписанием для терапевта, чем-то застывшим, завершенным. Напротив, она предполагает способность терапевта сомневаться, быть внимательным к проявлениям собственных схем и режимов, замечать нюансы изменений терапевтических отношений с пациентом, создавать атмосферу доверия и творчества, поддерживающую рост терапевта и клиента.

Сегодня на русский язык уже переведены замечательные книги многих последователей Янга. Выход перевода данной книги как фундаментального оригинального источника основных идей и методов схема-терапии является важнейшим событием, потому что будет способствовать лучшему пониманию авторской концепции стремительно растущим сообществом схема-терапевтов в России и будет помогать терапевтам оказывать помощь пациентам, нуждающимся в “особом отношении”, для которых и был создан этот подход.

Павел Моисеевич Касьяник, канд. психол. наук,
сертифицированный схема-терапевт и тренер-супервизор,
директор Института схема-терапии в Санкт-Петербурге,
член Исполнительного совета Международного общества схема-терапии (ISST)

ОТ ИЗДАТЕЛЬСТВА

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик и комментатор. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересно услышать и любые другие замечания, которые вам хотелось бы высказать в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам электронное письмо либо просто посетить наш веб-сайт и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится или нет вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Посылая письмо или сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также ваш обратный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию последующих книг.

Наши электронные адреса:

E-mail: `info@dialektika.com`
WWW: `http://www.dialektika.com`

БЛАГОДАРНОСТЬ

ОТ ВСЕХ АВТОРОВ

Мы хотим поблагодарить всех сотрудников издательства *Guilford Press*, которые поддерживали нас на протяжении этого долгого и сложного проекта. Китти Мур, главный редактор, давала нам неоценимые советы и помогла сформировать книгу. Анна Нельсон, выпускающий редактор, старательно следила за всем процессом, с ней было очень приятно работать. Элейн Кехо великолепно отредактировала книгу, и все остальные сотрудники были очень любезны и профессиональны.

Мы хотели бы выразить особую благодарность д-ру Джорджу Локвуду, который подарил нам так много ценных идей и забавных историй о психоаналитических подходах, предоставив бо́льшую часть материала в главе 1 касательно других видов интегративной терапии. Работать с вами — удовольствие, и мы с нетерпением ожидаем дальнейших совместных проектов.

Мы признательны сотрудникам Института схема-терапии в Манхэттене, особенно Нэнси Рибейро и Сильвии Тамм. Большое спасибо за массу проделанной работы и вашу поддержку. Вы — тихие гавани в штормящем море.

Наконец, мы благодарим наших пациентов, которые научили нас трансформировать трагедии в надежду и исцеление.

ОТ ДЖЕФФРИ ЯНГА

Мне хотелось бы поблагодарить многих людей, которые сыграли важную роль в развитии схема-терапии и в написании этой книги и которые поддерживали меня в этом непростом процессе.

Спасибо моим близким друзьям за их любовь и поддержку в течение многих лет, за помощь в разработке этого подхода. Вы мне как семья: Венди Бэри, Пьер Кузино, Кэти Фланаган, Виван Франческо, Джордж Локвкуд, Марти Слоан, Боб Штернберг, Уилл Свифт, Дик и Диана Ваттенмейкер, Уильям Зангвилл.

Я признателен коллегам, которые развивали схема-терапию как в США, так и за рубежом. Это Арнуд Арнтц, Сэм Бал, Хорди Сид, Майкл Ферст, Вартухи Оганян, Билл Сандерсон, Гленн Валлер и Дэвид Вайнбергер.

Благодарю Нэнси Рибейро, моего главного администратора, за ее преданность и помощь в каждом моем проекте, а также снисходительность к моим ежедневным причудам.

Безусловная любовь моего отца предоставила мне образец для воспитания и перевоспитания, а Тим Бек был моим другом, наставником и проводником на протяжении всей моей карьеры.

ОТ ДЖАНЕТ КЛОСКО

В дополнение к вышесказанному я хотела бы поблагодарить своих коллег за поддержку, особенно д-ра Джейн Риг, д-ра Кена Аппельбаума, Дэвида Брикера, Уильяма Сандерсона и Дженну Смит. Я также хотела бы выразить признательность своей семье и друзьям, особенно Майклу и Молли, за надежное основание, на котором я выстроила свою карьеру.

ОТ МАРДЖОРИ ВАЙСХААР

Я признательна своим учителям, особенно Аарону Беку, за мудрость и руководство. Я благодарю своих коллег и студентов за их значительную помощь, а также свою семью — все четыре поколения — за их юмор, оптимизм, надежность и поддерживающую любовь.

Глава 1

СХЕМА-ТЕРАПИЯ: КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ

Схема-терапия — это инновационная, интегративная терапия [1], разработанная Джеффри Янгом и его коллегами (*Young, 1990, 1999*), которая значительно расширяет традиционный когнитивно-поведенческий метод и его понятия. В ней сочетаются элементы когнитивно-поведенческой терапии, теории привязанности, гештальт-терапии, теории объектных отношений, конструктивистских и психоаналитических школ, объединяясь в единую концептуальную терапевтическую модель.

Схема-терапия предлагает новую систему психотерапии, особенно хорошо подходящую для пациентов с прочно укоренившимися хроническими психологическими расстройствами, которые ранее считались с трудом поддающимися лечению. Как свидетельствует наш клинический опыт, пациенты с полноценными расстройствами личности, а также со значительными характерологическими проблемами, лежащими в основе расстройств оси I, обычно крайне хорошо откликаются на схема-терапию (иногда в сочетании с другими терапевтическими подходами).

ЭВОЛЮЦИЯ ОТ КОГНИТИВНОЙ К СХЕМА-ТЕРАПИИ

Взгляд на когнитивно-поведенческую терапию[1] поможет объяснить, почему Янг считал развитие схема-терапии крайне важной задачей. Исследователи и практики в области когнитивно-поведенческой терапии добились существенного прогресса в разработке эффективных психологических методов лечения расстройств оси I, в том числе аффективных расстройств, тревожных расстройств, расстройств сексуального поведения, расстройств пищевого поведения, соматоформных расстройств и расстройств,

---

[1] В этом разделе мы используем термин "когнитивно-поведенческая терапия", ссылаясь на различные протоколы, разработанные такими авторами, как Бек (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) и Барлоу (Craske, Barlow, & Meadows, 2000), для лечения расстройств оси I. Некоторые когнитивно-поведенческие терапевты адаптировали эти протоколы для работы со сложными пациентами, используя способы, которые согласуются со схема-терапией (Beck, Freeman, & Associates, 1990). В данной главе мы обсудим некоторые из этих модификаций. Однако по большей части современные протоколы когнитивно-поведенческой терапии не отражают этих адаптаций.

связанных с употреблением психоактивных веществ. Как правило, эти курсы лечения краткосрочны (примерно 20 сессий) и направлены на ослабление симптомов, построение необходимых навыков и решение проблем, присутствующих в жизни пациента в настоящий момент.

Несмотря на то что многим пациентам эти терапевтические методы помогают, для многих других они оказываются неэффективными. Исследования их терапевтической эффективности обычно демонстрируют высокие показатели успешности (*Barlow, 2001*). Например, при депрессии показатель успешности лечения составляет более 60% непосредственно после курса лечения, но частота рецидивов составляет около 30% спустя год (*Young, Weinberger, & Beck, 2001*), т.е. почти для трети пациентов лечение в итоге не дает желаемых результатов. Часто пациенты с неявными скрытыми расстройствами личности и характерологическими проблемами не в полной мере реагируют на традиционную когнитивно-поведенческую терапию (*Beck, Freeman, & Associates, 1990*). Одной из проблем, стоящих сегодня перед когнитивно-поведенческой терапией, является разработка эффективных методов лечения для пациентов с хроническими, тяжелыми для лечения расстройствами.

Характерологические проблемы могут снижать эффективность традиционной когнитивно-поведенческой терапии разными способами. Некоторые пациенты с симптомами, относящимися к оси I (например, с тревогой или депрессией) либо не прогрессируют в лечении, либо у них случается рецидив сразу после прекращения лечения. Например, пациентка лечится от агорафобии с помощью когнитивно-поведенческой терапии. Благодаря программе, состоящей из дыхательных упражнений, оспаривания катастрофического мышления и постепенной/градуированной экспозиции к фобическим ситуациям, у нее значительно снижается страх перед симптомами паники, и пациентка перестает избегать пугающих ее ситуаций. Как только лечение подходит к концу, у пациентки возобновляется проблема агорафобии. Продолжительный период зависимости, а также чувство уязвимости и некомпетентности — то, что мы называем ее схемами Зависимости/Беспомощности — мешают ей самостоятельно справляться со своими проблемами после окончания курса лечения. Ей не хватает уверенности в себе, чтобы принимать решения, и она не сумела приобрети такие практические навыки, как вождение автомобиля, свободное перемещение по городу, управление финансами и постановка целей. Вместо этого она предпочитает, чтобы подобные задачи за нее решали другие. Без руководства терапевта пациентка не способна самостоятельно появляться на людях, что необходимо для достижения ее терапевтических целей.

Другие пациенты начинают с когнитивно-поведенческой терапии своих симптомов по оси I, а после того, как этот вопрос оказывается решен, предметом лечения становятся их характерологические проблемы. Например, пациент обратился к когнитивно-поведенческой терапии для лечения обсессивно-компульсивного расстройства. Благодаря краткосрочной экспозиционной программе в сочетании с профилактикой рецидива, ему в значительной мере удается устранить навязчивые мысли и ритуалы, которые поглощали большую часть его повседневной жизни. Вскоре, благодаря сокращению степени выраженности симптомов оси I, у него появилось время, чтобы возобновить другие виды активности. Однако обнаружилось, что уединенный образ жизни привел к тому, что у него практически не осталось социальных контактов и связей.

У пациента наблюдается то, что мы называем схемой Дефективности/Стыдливости, с которой он пытался совладать посредством избегания социальных ситуаций. Он крайне чувствителен к отказам и равнодушию в свой адрес, что с детства старался предотвратить их, попросту избегая личного взаимодействия с людьми. Если пациент захочет нормально развиваться в социальной сфере, ему придется устранить свой прочно укоренившийся паттерн избегания.

Тем не менее, у многих пациентов, приходящих на когнитивно-поведенческую терапию, отсутствуют конкретные симптомы, которые могли бы рассматриваться в качестве мишени для терапии. Их проблемы смутно выражены или расплывчаты, не имеют явных очертаний. Пациенты чувствуют, что что-то жизненно важное в их жизни отсутствует или ошибочно. Это пациенты, которые страдают от характерологических проблем: они приходят в поиске способа лечения хронических трудностей в отношениях с близкими или с коллегами по работе. Так как у них либо нет выраженных симптомов по I оси, либо их слишком много, традиционная когнитивно-поведенческая терапия оказывается с трудом применимой в их случае.

Положения традиционной когнитивно-поведенческой терапии, которые не работают у пациентов с личностной патологией

Определенные положения традиционной когнитивно-поведенческой терапии зачастую оказываются несостоятельными, когда речь заходит о пациентах с личностными проблемами. У таких пациентов имеется ряд психологических особенностей, которые отличают их от явно выраженных случаев оси I и снижают эффективность применения когнитивно-поведенческой терапии при их лечении.

Одно из таких предположений заключается в том, что пациенты будут добросовестно следовать протоколу лечения. Стандартная когнитивно-поведенческая терапия предполагает, что пациенты обладают достаточной мотивацией для работы над собой ради ослабления симптомов, приобретения навыков и решения текущих проблем, и поэтому при наличии мягкого "подталкивания" в нужную сторону и положительного подкрепления они будут выполнять необходимые терапевтические процедуры. Однако в случае многих пациентов с личностными особенностями их мотивация и подход к терапии неоднозначны, и они часто не хотят или неспособны следовать когнитивно-поведенческим протоколам лечения. Они могут не выполнять домашние задания, демонстрировать явное нежелание обучаться стратегиям самоконтроля, предпочитать получать "утешение" от психотерапевта вместо того, чтобы осваивать приемы самостоятельной работы над проблемой.

Другое подобное предположение когнитивно-поведенческой терапии заключается в том, что, пройдя короткий курс, пациенты получат доступ к своим когнициям и эмоциям и смогут сообщать о них психотерапевту. В начале терапии пациенты должны наблюдать за своими мыслями и чувствами и записывать их. Однако пациенты с личностными проблемами зачастую неспособны к этому. Создается впечатление, что они оторваны от своих когниций и эмоций. Многие из таких пациентов демонстрируют когнитивное и аффективное избегание. Они блокируют тревожащие их мысли и образы. Они избегают глубокого погружения в себя и избегают собственных тревожных

воспоминаний и негативных ощущений. Они также избегают моделей поведения и ситуаций, необходимых для успешного лечения. Этот паттерн избегания, вероятно, развивается как инструментальная реакция, вырабатывающаяся и закрепляющаяся в результате снижения отрицательного аффекта. Отрицательные эмоции, такие как тревога или депрессия, вызваны стимулами, связанными с детскими воспоминаниями. Человек старается избегать этих стимулов, чтобы не испытывать соответствующих им неприятных эмоций. Со временем избегание становится привычной и чрезвычайно трудной для изменения копинговой стратегией с отрицательным аффектом.

Когнитивно-поведенческая терапия также предполагает, что пациенты могут менять свои проблемные когниции и паттерны поведения с помощью анализа своих переживаний, логических рассуждений, проведения экспериментов, постепенного продвижения в сторону цели и повторения. Однако к пациентам с личностными особенностями это зачастую не относится. Наш опыт работы с такими пациентами говорит о том, что их искаженные мысли и саморазрушительное поведение чрезвычайно устойчивы, их сложно изменить — особенно с помощью одних только когнитивно-поведенческих техник. Даже после нескольких месяцев терапии у них может не наблюдаться устойчивого улучшения.

Поскольку пациенты с личностными особенностями обычно не отличаются психологической гибкостью, они гораздо менее восприимчивы к когнитивно-поведенческим техникам и зачастую не достигают значимых изменений за короткий промежуток времени. Скорее, они психологически ригидны (лишены психологической гибкости), что является отличительной чертой расстройств личности (*American Psychiatric Association*, 1994, p. 633). Эти пациенты склонны ставить под сомнение свою способность измениться к лучшему. Их личностные проблемы являются эго-синтоническими: саморазрушительные модели поведения кажутся им неотъемлемой частью собственной личности, поэтому они не в состоянии даже представить себе, как можно от них избавиться. Проблемы занимают центральное место в их самоидентичности, поэтому избавление от этих проблем воспринимается пациентом как гибель части собственной личности. Когда кто-то пытается оспорить целесообразность их поведения, пациенты ригидно, безотчетно, а иногда даже агрессивно, цепляются за то, что они считают истинным в отношении себя и окружающего мира.

Когнитивно-поведенческая терапия также предполагает, что за несколько сеансов психотерапевт может установить с пациентом отношения сотрудничества. Трудности в отношениях между психотерапевтом и пациентом (так называемых терапевтических отношениях) обычно не являются основным фокусом внимания когнитивно-поведенческих психотерапевтов. Скорее, такие трудности рассматриваются как препятствия, которые необходимо преодолеть, чтобы заручиться согласием пациента на добросовестное исполнение необходимых терапевтических процедур. Отношения психотерапевта и пациента обычно не рассматриваются как "активная составляющая" лечения. Однако у пациентов с личностными проблемами часто возникают трудности с формированием эффективных взаимоотношений с психотерапевтом, что отражает их трудности в отношениях с людьми в целом. У многих "трудных" пациентов ранее были дисфункциональные межличностные отношения. Проблемы в построении отношений со значимыми другими — еще один отличительный признак личностных расстройств

(*Millon, 1981*). Таким пациентам бывает трудно выстроить безопасные терапевтические отношения. Некоторые из таких пациентов (например, с пограничным или зависимым расстройством личности) зачастую настолько поглощены попытками заставить психотерапевта удовлетворить свои эмоциональные потребности, что не могут уделить внимание собственной жизни вне терапии. Другие пациенты (например, с нарциссическим, параноидальным, шизоидным или обсессивно-компульсивным расстройством личности) зачастую дистанцированы или настроены враждебно, что делает невозможным их сотрудничество с психотерапевтом. Поскольку в таких случаях трудности в межличностных отношениях представляют собой одну из основных проблем, терапевтические отношения дают прекрасную возможность для оценки состояния и лечения таких пациентов. Но, к сожалению, этот аспект чаще всего игнорируется традиционной когнитивно-поведенческой терапией.

Наконец, еще одно предположение когнитивно-поведенческой терапии гласит, что проблемы пациента, на устранение которых будет направлено лечение, легко распознать. В случае с пациентами, имеющими личностные проблемы, это предположение часто неверно. Проблемы таких пациентов зачастую длительно сохраняющиеся и нечеткие, распространяющиеся на все сферы жизни. Подобные пациенты несчастливы в большинстве сфер своей жизни, причем они недовольны ими всю свою сознательную жизнь. Возможно, они не умеют поддерживать продолжительные романтические отношения, не могут реализовать свой потенциал в профессиональной сфере или считают свою жизнь пустой и бессмысленной. Они чувствуют себя несчастными в любви, на работе, вообще во всех аспектах жизни. Подобные обобщенные и расплывчатые формулировки проблем усложняют определение целей лечения в рамках стандартной когнитивно-поведенческой терапии.

Позже мы рассмотрим, каким образом те или иные схемы могут снижать эффективность применения стандартной когнитивно-поведенческой терапии при лечении пациентов с личностными особенностями.

РАЗВИТИЕ СХЕМА-ТЕРАПИИ

Все вышеупомянутые причины привели к тому, что Джеффри Янг (*Young, 1990, 1999*) разработал схема-терапию для лечения пациентов с хроническими проблемами личностного характера, которым не удавалось помочь с помощью методов традиционной когнитивно-поведенческой терапии. Янг разработал схема-терапию как *системный подход, дополняющий когнитивно-поведенческую терапию за счет интеграции техник разных терапевтических школ*. Продолжительность курса лечения в рамках схема-терапии может существенно варьировать в зависимости от конкретного пациента. Этот подход расширяет сферу охвата традиционной когнитивно-поведенческой терапии, уделяя гораздо больше внимания изучению истоков психологических проблем, происходящих из детства или подросткового возраста, техникам переживания, терапевтическим взаимоотношениям, а также малоадаптивным копинг-режимам.

После смягчения или устранения острых симптомов схема-терапия может применяться для лечения многих расстройств оси I и оси II, истоки которых скрываются в личностных проблемах, продолжающихся всю жизнь. Лечение зачастую предусматривает подключение других терапевтических подходов, таких как когнитивно-поведенческая терапия и применение психотропных препаратов. Схема-терапия разработана для лечения хронических характерологических аспектов расстройств, а не для снятия острых психиатрических симптомов (например, полноценной депрессии или повторяющихся панических атак). Схема-терапия продемонстрировала высокую эффективность в лечении хронической депрессии, тревожных расстройств, расстройств пищевого поведения, проблем в отношениях в паре, а также неспособности поддерживать удовлетворительные близкие отношения с партнером на протяжении длительного времени. Она также оказалась полезной в работе с преступниками и в предотвращении рецидивов у пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами.

Схема-терапия работает с основными психологическими запросами, типичными для пациентов с личностными расстройствами. Как будет подробно описано в следующем разделе, мы называем эти основные темы “ранними дезадаптивными схемами”. Схема-терапия помогает пациентам и психотерапевтам осмыслить длительно существующие, имеющие преобладающий характер проблемы, определить их истоки и понять их суть. Мы можем отследить процесс развития подобных схем во времени, начиная с раннего детства пациента до настоящего момента; при этом особое внимание уделяется межличностным отношениям пациента. Используя такую модель, пациенты получают возможность рассматривать свои личностные проблемы как эго-дистонические (не являющиеся частью собственной личности) и, таким образом, обретают способность сознательно отказаться от них. Психотерапевт и его клиент объединяют усилия для борьбы со схемами, используя когнитивные, аффективные, поведенческие и межличностные стратегии. Если пациент вновь повторяет свои основанные на схемах дисфункциональные паттерны поведения, терапевт вступает с ним в эмпатическую конфронтацию, озвучивая убедительные причины для изменений. Применяя концепцию *замещающего родительства*, терапевт может частично восполнить важные потребности клиентов, которые не были удовлетворены в их детстве.

РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ

История схема-терапии как концепции

Сейчас мы подробно рассмотрим основные концепции, которые лежат в основе теории схем. Начнем с истории появления и развития собственно термина “схема”.

Слово “схема” используется во многих научных сферах. В общих чертах схема представляет собой структуру, основу или план. В ранней греческой философии стоики, особенно Хрисипп (ок. 279–206 гг. до н.э.), представляли принципы логики в форме “схем выводов” (*Nussbaum, 1994*). В философии Канта схема представляет собой понятие, которое является общим для всех членов класса. Термин “схема” также используется в теории множеств, алгебраической геометрии, педагогике, литературном анализе, компьютерном программировании и многих других областях науки.

Термин "схема" имеет особенно богатую историю в психологии, особенно в области когнитивного развития. В контексте когнитивного развития схема представляет собой паттерн, с помощью которого люди объясняют объективную действительность или свой опыт, и который опосредует их восприятие и направляет их реакции. Схема — это абстрактная репрезентация отличительных характеристик некоего события, своего рода план его наиболее значимых элементов. В психологии этот термин часто ассоциируется с именем Жана Пиаже, который подробно описал схемы на разных этапах когнитивного развития ребенка. В когнитивной психологии схему можно рассматривать как абстрактный когнитивный план, который служит руководством для интерпретации информации и решения проблем. Например, мы можем располагать лингвистическими схемами для понимания смысла предложения или культурными схемами для интерпретации мифа.

Если перейти от когнитивной психологии к когнитивной терапии, то А. Бек (*Beck, 1967*) упоминал о схемах в своих ранних работах. В целом в контексте психологии и психотерапии схему можно рассматривать как любой общий организующий принцип для осмысления жизненного опыта человека. Важной концепцией в рамках психотерапии является предположение о том, что схемы, многие из которых формируются в детстве, продолжают развиваться на протяжении жизни человека и автоматически применяются им для осмысления его жизненного опыта во взрослом возрасте, даже когда они уже утратили свою релевантность. Это отчасти объясняется потребностью человека в "когнитивной последовательности", необходимой для поддержания стабильного представления о себе и о мире в целом, даже если на самом деле это представление является неточным или искаженным. В этом контексте схема может быть положительной или отрицательной, адаптивной или дезадаптивной; схемы могут формироваться как в детстве, так и в последующих периодах жизни.

Определение схемы, предложенное Янгом

Янг (*Young, 1990, 1999*) предположил, что некоторые схемы, особенно те, которые развиваются в результате токсичного опыта, пережитого в детском возрасте, могут становиться сердцевиной личностных расстройств, относительно умеренных характерологических проблем личностного характера и многих хронических расстройств по оси I. Развивая эту идею, он выделил подгруппу, которую назвал ранними дезадаптивными схемами.

Согласно нашему пересмотренному и наиболее полному определению, ранняя дезадаптивная схема соответствует следующим критериям:

- это широкая, всеобъемлющая тема или паттерн;
- состоит из воспоминаний, эмоций, когниций и телесных ощущений;
- затрагивает отношения с самим собой и с другими людьми;
- сформировалась в детстве или в подростковом возрасте;
- продолжала развиваться на протяжении дальнейшей жизни человека;
- в значительной степени дисфункциональна.

В целом ранние дезадаптивные схемы — это саморазрушительные эмоциональные и когнитивные паттерны, которые зарождаются в раннем возрасте человека и повторяются на протяжении всей его жизни. Обратите внимание, что согласно этому определению поведение не является частью схемы; по мнению Янга, дезадаптивное поведение развивается как *реакция* на схему. Таким образом, поведение *управляется* схемами, но не является частью схем. Мы рассмотрим данную концепцию подробнее, когда перейдем к обсуждению копинговых стратегий далее в этой главе.

ХАРАКТЕРИСТИКИ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ

Давайте рассмотрим некоторые основные характеристики схем. (Далее мы будем использовать термины "схема" и "ранняя дезадаптивная схема" как практически взаимозаменяемые.) Рассмотрим пациентов, у которых присутствует одна из четырех самых влиятельных и разрушительных схем из нашего списка из 18 пунктов (см. табл. 1.1): Покинутость/Нестабильность, Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Эмоциональная депривированность и Дефективность/Стыдливость. Будучи маленькими детьми, эти пациенты столкнулись с отторжением/игнорированием, насилием, пренебрежением или отвержением/отказом в свой адрес. В зрелом возрасте их схемы "запускаются" жизненными событиями, которые они воспринимают (подсознательно) как похожие на травматические переживания своего детства. Когда срабатывает одна из этих схем, они испытывают сильные негативные эмоции, такие как горе, стыд, страх или ярость.

Не все схемы основываются на детской травме или плохом обращении. Например, у человека может развиться схема Зависимости/Беспомощности, даже если в детстве он не пережил ни одного травматизирующего эпизода. Более того, в детстве он мог быть полностью защищен от любых возможных неприятностей — *чересчур* защищен. Однако, хотя и не все схемы возникают в результате перенесенной психологической травмы, все они разрушительны, и большинство из них вызваны некими токсичными событиями, которые регулярно повторялись в течение детства и подросткового возраста. Токсичный опыт накапливается и дает кумулятивный эффект, в итоге приводя к формированию полноценной схемы.

Ранние дезадаптивные схемы отражают борьбу человека за выживание. Как мы упоминали ранее, схемы являются результатом присущего человеку стремления к последовательности и определенности. Схема — это то, что человек знает. Хотя схема и вызывает страдания, зато она привычная и знакомая. Она сопровождается ощущением "правильности". Людей словно манят к себе события, играющие роль триггеров для их схем. Это одна из причин того, что схему столь сложно изменить. Пациенты рассматривают свои схемы как непреложные истины, и, следовательно, эти схемы непосредственно влияют на восприятие и осмысление ими дальнейших жизненных событий и обстоятельств. Схемы играют важную роль в том, каким образом пациенты думают, чувствуют, поступают, относятся к другим, и парадоксальным образом приводят к непреднамеренному воссозданию во взрослой жизни именно тех условий детства, которые были наиболее токсичны/вредны для них.

Схемы зарождаются в раннем детстве или подростковом возрасте как основанные на реальных обстоятельствах репрезентации условий, окружающих ребенка. Наш опыт показывает, что схемы довольно точно отражают общую атмосферу среды, окружавшей пациентов в детстве. Например, если пациент говорит нам, что его родные вели себя холодно и отстраненно, когда он был ребенком, он обычно оказывается прав, хотя может и не понимать, *почему* родители испытывали трудности с проявлением своих эмоций или с выражением чувств. Его объяснения родительского поведения могут быть ошибочными, но базовые ощущения эмоционального климата в семье и отношения родителей к нему почти всегда истинны.

Дисфункциональный характер схем обычно становится очевидным во взрослой жизни, когда пациенты продолжают применять свои привычные схемы при взаимодействии с другими людьми, даже если эти схемы больше не соответствуют фактическим обстоятельствам. Ранние дезадаптивные схемы, или малоадаптивные копинговые стратегии, часто лежат в основе хронических симптомов оси I, таких как тревога, депрессия, злоупотребление алкоголем или наркотиками и психосоматические расстройства.

Схемы могут быть самых разных масштабов; степень их выраженности и распространенности в жизни пациента может значительно варьироваться. Чем сильнее выражена схема, тем больше количество активирующих ее ситуаций. Так, например, если пациент в раннем детстве постоянно подвергался резкой критике со стороны обоих родителей, то в дальнейшем контакт с практически любым человеком будет активировать его схему Дефективности/Стыдливости. Если же человек подвергался критике не в столь раннем детстве, не постоянно, а лишь время от времени, не в столь резкой форме, и критика исходила только от одного родителя, то эта схема будет активироваться во взрослом возрасте с меньшей степенью вероятности; например, такая схема может быть запущена только лицами, обладающими высоким авторитетом в глазах пациента и принадлежащими к тому же полу, что и родитель, который критиковал его в детстве. Как правило, чем сильнее степень выраженности схемы, тем интенсивнее негативный эффект при ее срабатывании и тем дольше она остается активированной.

Как мы упоминали ранее, существуют положительные и отрицательные схемы, а также ранние и поздние. Наше внимание сосредоточено в основном на ранних дезадаптивных схемах, поэтому мы не будем говорить о положительных и более поздних схемах в данной книге. Однако стоит упомянуть, что некоторые исследователи считают, что для каждой из наших ранних дезадаптивных схем существует соответствующая ей адаптивная схема (см. теорию полярности Эллиотта; *Elliott & Lassen, 1997*). Более того, если придерживаться теории стадий психосоциального развития Эриксона (*Erikson, 1950*), можно утверждать, что успешное разрешение конфликта, соответствующего той или иной стадии, приводит к формированию адаптивной схемы, тогда как неспособность разрешить конфликт приводит к возникновению дезадаптивной схемы. Однако в этой книге мы рассматриваем пациентов с хроническими расстройствами, которые проходят психотерапию, а не тех, которым психотерапевтическая помощь не требуется; поэтому будем говорить прежде всего о ранних *дезадаптивных* схемах, которые, по нашему мнению, лежат в основе личностной патологии.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ СХЕМ

Базовые эмоциональные потребности

Наша основополагающая концепция заключается в том, что схемы возникают вследствие неудовлетворения базовых эмоциональных потребностей в детстве. Мы выделяем пять базовых эмоциональных потребностей[2].

1. Надежная привязанность к другим людям (включает в себя чувство безопасности, стабильность, заботу и принятие).
2. Самостоятельность/независимость, компетентность и чувство самоидентичности.
3. Свобода выражения своих потребностей и эмоций.
4. Спонтанность и игра.
5. Реалистичные границы и самоконтроль.

Мы считаем, что эти потребности являются универсальными. Они есть у каждого человека, хотя степень выраженности этих потребностей существенно варьируется у разных людей. Психологически здоровым является человек, способный адаптивным образом удовлетворять свои базовые эмоциональные потребности.

Взаимодействие между врожденным темпераментом ребенка и окружающей его средой в раннем детстве чаще приводит к фрустрации, чем к удовлетворению этих базовых потребностей. Цель схема-терапии — помочь пациентам найти адаптивные способы удовлетворения их базовых эмоциональных потребностей. Все предлагаемые нами приемы и упражнения — средства для достижения этой цели.

Ранний детский опыт

Токсичные события, имевшие место в раннем детстве человека, — основной источник возникновения ранних дезадаптивных схем. Наиболее ранние и наиболее ярко выраженные схемы обычно формируются в условиях нуклеарной семьи (т.е. семьи, состоящей из родителей и детей). Можно сказать, что динамика семьи ребенка — это динамика всего его мира на ранних этапах его жизни. Уже во взрослом возрасте, оказавшись в ситуациях, которые активируют их ранние дезадаптивные схемы, пациенты заново переживают драмы своего детства, обычно происходившие с участием родителей. По мере взросления ребенка приобретают значение другие источники воздействия — сверстники, школа, различные группы и сообщества, окружающая культура, — что может привести к развитию схем. Тем не менее, схемы, сформировавшиеся в более взрослом возрасте, как правило, не столь масштабны и влиятельны. (Социальная отчужденность — пример схемы, которая обычно развивается в позднем детстве или в подростковом возрасте и может не отражать динамику полной семьи.)

---

[2] Наш список потребностей основан как на других теориях, так и на наших собственных клинических наблюдениях; эмпирической проверке он еще не подвергался. Мы надеемся, что со временем нам удастся провести исследование на эту тему. Мы не беремся утверждать, что наш список окончательный и всеобъемлющий, и мы периодически пересматриваем и дополняем его с учетом новых данных. Список доменов (см. табл. 1.1) также может быть пересмотрен в случае появления новых эмпирических данных и альтернативного клинического опыта.

Мы наблюдали четыре типа ранних жизненных событий, которые способствуют формированию схем. Первый из них — *токсичная фрустрация потребностей*. Это происходит, когда в жизни ребенка слишком мало положительного опыта, и у него формируются схемы наподобие Эмоциональной депривированности или Покинутости/Нестабильности вследствие дефицитарного характера окружающей среды. В окружающей ребенка среде отсутствует что-то важное, например стабильность, понимание или любовь. Второй тип ранних жизненных событий, порождающих схемы, — это *травматизация* или *виктимизация*. Становясь жертвой жестокого обращения, ребенок вырабатывает следующие схемы: Недоверие/Ожидание жестокого обращения, Дефективность/Стыдливость, Уязвимость. Третий тип подобных ранних жизненных событий характеризуется тем, что ребенок сталкивается с чрезмерным количеством определенного положительного опыта: родители предоставляют ребенку слишком много того, что в нормальных количествах принесло бы ему пользу. Например, такие схемы как Зависимость/Беспомощность или Привилегированность/Грандиозность, редко возникают в результате жестокого обращения в детстве. Скорее наоборот, ребенка балуют и потакают его прихотям. В этом случае не удовлетворяются его эмоциональные потребности в самостоятельности и наличии реалистичных ограничений. Например, родители могут чрезмерно участвовать в жизни ребенка, излишне защищать его или же предоставлять чрезмерную свободу и автономность без каких-либо ограничений.

Четвертый тип ранних жизненных событий, приводящих к формированию схем, — это *избирательная интернализация*, или *идентификация со значимыми другими*. Ребенок выборочно идентифицирует себя с родителем и перенимает его мысли, чувства, способы восприятия событий и паттерны поведения. Например, к психотерапевту за помощью обращаются два пациента, оба из которых пережили в детстве жестокое обращение. Первая пациентка, Руфь, в детстве заняла позицию жертвы. Когда отец бил ее, она не давала сдачи, а становилась пассивной и покорной. Руфь стала жертвой физического насилия со стороны собственного отца, но не переняла его поведение. Она испытывала переживания жертвы, но не усваивала чувства агрессора. Второй пациент, Кевин, в детстве отбивался от нападений своего отца, который жестоко с ним обращался. Кевин идентифицировал себя с отцом, перенимая его агрессивные мысли, чувства и поведение, и в конечном итоге сам стал агрессором. (Этот пример для наглядности включает в себя два варианта крайностей — в действительности же большинство детей испытывают чувства жертвы, но при этом также перенимают некоторые мысли, чувства и паттерны поведения токсичного взрослого.)

В качестве другого примера возьмем двух пациентов со схемами Эмоциональной депривированности. Будучи детьми, оба пациента жили с эмоционально холодными родителями. Оба испытывали одиночество и ощущение того, что они не любимы. Можем ли мы утверждать, что в дальнейшем они оба станут эмоционально холодными взрослыми? Необязательно. Оба пациента прекрасно знают, каково это — ощущать холод в общении с близкими людьми, но они сами могут и не быть эмоционально холодными. Как мы будем говорить далее, в разделе о копинговых стратегиях, вместо того чтобы отождествлять себя со своими эмоционально холодными родителями, пациенты могут совладать со своим чувством эмоциональной депривации, научившись самосто-

ятельно заботиться о себе, или, напротив, научившись требовать внимания и обратной связи в общении. Наша модель не утверждает, что все дети полностью идентифицируют себя с родителями, перенимая все, что те говорят и делают; скорее, мы заметили, что они *избирательно* идентифицируют себя с родителями, перенимая лишь некоторые аспекты значимых других. Некоторые из этих идентификаций и интернализаций становятся схемами, а некоторые — копинговыми стратегиями или режимами функционирования схемы.

Мы полагаем, что темперамент ребенка частично определяет, будет ли он идентифицировать себя со значимым другим и перенимать его характеристики. Например, ребенок с дистимическим темпераментом, вероятно, не будет интернализировать оптимистичную копинговую стратегию с неудачей, характерный для его родителей. В данном случае поведение родителей настолько противоречит характеру ребенка, что он попросту не может его перенять.

Эмоциональный темперамент

Другие факторы, помимо окружающей среды в раннем детстве, также играют важную роль в формировании схем. Особенно важен эмоциональный темперамент ребенка. Большинство родителей отмечают, что каждый ребенок практически с рождения имеет уникальную и отличающуюся от других "личность" или темперамент. Некоторые дети более раздражительны, некоторые — более застенчивы, некоторые — более агрессивны. Существует много исследований, подтверждающих важность биологических основ личности. Например, Каган и коллеги (*Kagan, Reznick, & Snidman, 1988*) представили мета-анализ исследований, посвященных особенностям темперамента в младенческом возрасте. Они обнаружили, что особенности темперамента, проявляющиеся уже в младенчестве, на удивление стабильны и сохраняются по мере взросления ребенка.

Ниже приведены некоторые аспекты эмоционального темперамента, которые, как мы предполагаем, могут быть в значительной степени врожденными, и вследствие этого сложно поддаются корректировке при помощи одной лишь психотерапии.

Лабильность ↔ Нереактивность
Дистимичность ↔ Оптимизм
Тревожность ↔ Спокойствие
Обсессивность ↔ Отвлекаемость
Пассивность ↔ Агрессивность
Раздражительность ↔ Легкий нрав
Застенчивость ↔ Общительность

Можно говорить о темпераменте человека как об уникальном сочетании точек в рамках этого набора характеристик (а также других аспектов темперамента, которые, несомненно, будут открыты в будущем).

Эмоциональный темперамент взаимодействует с болезненными событиями детства, и это взаимодействие приводит к формированию схем. Дети с разными темпераментами будут по-разному реагировать на воздействие одних и тех же факторов. Например, агрессивный ребенок может с большей вероятностью перенять от родителя склонность к физическому насилию, чем пассивный и спокойный. Кроме того, разные темпераменты обусловливают разную степень восприимчивости к одним и тем же жизненным обстоятельствам. Двое детей, воспитанных в условиях одинакового обращения со стороны родителей, могут совершенно по-разному воспринимать одно и то же событие. Например, рассмотрим пример двух мальчиков, оба из которых столкнулись с пренебрежением со стороны матери. Застенчивый ребенок пытается спрятаться от внешнего мира и становится все более и более замкнутым и зависимым от своей матери; коммуникабельный ребенок охотно общается с другими людьми и устанавливает другие, более положительные связи и отношения. Действительно, коммуникабельность — это важнейшая черта детей с устойчивой психикой, которые нормально развиваются, несмотря на жестокое обращение с ними или пренебрежение в их адрес.

По нашему мнению, чрезвычайно благоприятная или крайне неблагоприятная среда может оказывать куда более сильное влияние на ребенка, чем его врожденный эмоциональный темперамент. Например, безопасное и любящее окружение может даже застенчивого ребенка сделать более дружелюбным во многих социальных ситуациях; с другой стороны, если окружающая среда в раннем детстве неблагоприятна, даже общительный ребенок может замкнуться в себе. Точно так же, сильно выраженный эмоциональный темперамент может превалировать над "обычной" окружающей средой и привести к возникновению психической патологии без наличия явных предпосылок для этого в окружении ребенка.

ДОМЕНЫ СХЕМ И РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ

В нашей модели 18 схем сгруппированы в пять общих категорий неудовлетворенных эмоциональных потребностей, которые мы назвали доменами схем. Ниже в этой главе мы рассмотрим эмпирическое обоснование этих 18 схем. В данном разделе мы расскажем об этих пяти доменах и перечислим схемы, которые относятся к каждому из них. В табл. 1.1 названия пяти доменов схем написаны курсивом без нумерации с выравниванием по центру (например, *Разъединение и неприятие*); 18 схем пронумерованы и выровнены по левому краю (например, "1. Покинутость/Нестабильность").

ТАБЛИЦА 1.1. Ранние дезадаптивные схемы и их домены

Нарушение связи и отвержение

(Ожидание того, что потребности в безопасности, стабильности, заботе, сопереживании, обмене чувствами, принятии и уважении не будут реализованы предсказуемым образом. Как правило, поведение семьи в детстве отстраненное, холодное, отвергающее, непредсказуемое или оскорбительное/жестокое.)

1. **Покинутость/Нестабильность**

Воспринимаемая *нестабильность* или *ненадежность* тех людей, от которых ожидаешь поддержки и связи.

Включает в себя ощущение, что значимые другие не смогут продолжать оказывать эмоциональную поддержку/помощь или фактическую защиту, потому что они эмоционально нестабильны и непредсказуемы (например, у них случаются вспышки гнева), они ненадежны или присутствуют рядом лишь эпизодически; потому что они неминуемо умрут; или потому, что они откажутся от меня ради кого-то получше.

2. Недоверие/Ожидание жестокого обращения

Ожидание того, что другие люди будут делать мне больно, оскорблять, унижать, обманывать, лгать, манипулировать или использовать меня в своих целях. Обычно подразумевается, что причиняемый другими вред является преднамеренным или же является следствием невнимательности/небрежности, которой нет оправданий. Может включать в себя ощущение, что отношения с людьми всегда заканчиваются обманом или что люди всегда стремятся достичь чего-то за твой счет.

3. Эмоциональная депривированность

Ожидание того, что желание нормальной эмоциональной поддержки не будет адекватно удовлетворено. Вот три основные формы депривации.

1. ***Лишение заботы:*** отсутствие внимания, привязанности, поддержки или общения.
2. ***Лишение сочувствия:*** отсутствие понимания, готовности выслушать, возможности рассказать о своих чувствах/переживаниях или разделить их с другими.
3. ***Лишение защиты:*** отсутствие поддержки, направления или наставления со стороны других.

4. Дефективность/Стыдливость

Ощущение того, что человек является дефектным, плохим, нежеланным, неполноценным или неправильным в важных аспектах, или того, что он может быть отвергнут значимыми другими и что он недостоин их любви. Может включать в себя повышенную чувствительность к критике, отказам или обвинениям; низкую самооценку, сравнение себя с другими (не в свою пользу) и неловкость в присутствии других людей; чувство стыда в отношении своих воспринимаемых недостатков. Эти недостатки могут быть *приватными* (например, эгоизм, агрессивные импульсы, неприемлемые сексуальные желания) или *публичными* (например, непривлекательная внешность, социальная неловкость).

5. Социальная отчужденность

Чувство, что человек изолирован от остального мира, отличается от окружающих или не является частью какой-либо группы или сообщества.

Продолжение табл. 1.1

Нарушение автономии и эффективности

(Ожидания в отношении самого себя и окружающей среды, препятствующие восприни маемой способности к сепарации, выживанию, независимому функционированию или успешности в какой-либо деятельности. Как правило, семья в детстве непоследователь ная, подрывает самооценку ребенка, гиперопекающая, не поддерживает попытки ребен ка достичь чего-то за пределами семейного круга.)

6. Зависимость/Беспомощность

Вера в то, что человек не в состоянии справиться со своими *повседневными обязан ностями* должным образом, без значительной помощи со стороны других (например, забота о себе, решение повседневных проблем, умение делать обоснованные выводы, справляться с новыми задачами, принимать правильные решения). Часто проявляется как беспомощность.

7. Уязвимость

Преувеличенный страх перед *неизбежной* катастрофой, которая может произойти в любой момент, а также страх невозможности ее предотвратить. Страхи сосредоточены на одной или нескольких темах: а) *медицинские катастрофы* (например, сердечный приступ или СПИД); б) *эмоциональные катастрофы* (например, боязнь сойти с ума); в) *внешние катастрофы* (например, поломка лифта, нападение преступников, авиакатастрофы, землетрясения).

8. Запутанность/Неразвитая идентичность

Чрезмерная эмоциональная вовлеченность и близость с одним или несколькими значимыми другими (часто — с родителями) в ущерб индивидуализации и нормальному социальному развитию. Часто включает в себя убежденность в невозможности выжить или быть счастливым без постоянной поддержки. Возможно ощущение слияния с другими или нехватки личной идентичности. Часто присутствует ощущение пустоты и потерянности, отсутствия направления движения/развития; в крайних случаях возможны сомнения в целесообразности своего существования как такового.

9. Неуспешность

Убежденность в неизбежности неудачи или провала, в своей полной неадекватности по сравнению со сверстниками (в учебе, карьере, спорте и т.д.). Часто включает в себя убеждения в собственной глупости, неумелости, бездарности, неполноценности, низком статусе по сравнению с другими и т.д.

Нарушение границ

(Недостаточная развитость внутренних границ, ответственности перед окружающими или ориентации на долгосрочные цели. Приводит к возникновению проблем с уважительным отношением к правам других людей, способностью сотрудничать с ними, с выполнением принятых на себя обязательств или с постановкой и достижением личных целей. Как правило, семья в детстве характеризуется вседозволенностью, потаканием, нехваткой наставничества и поддержки со стороны родителей или же подавлением мнения ребенка за счет родительского авторитета вместо адекватной конфронтации, нехваткой дисциплины, взаимного сотрудничества и постановки целей. В некоторых случаях, ребенок, возможно, не сталкивался с необходимостью выходить за пределы своей зоны комфорта и справляться с умеренным дискомфортом или, возможно, не получал адекватного родительского надзора, направления или руководства.)

Продолжение табл. 1.1

10. Особые права/величие (грандиозность)

Вера в то, что я лучше других людей; имею право на особые привилегии; не связан правилами взаимного сотрудничества, на которых строится нормальное социальное взаимодействие. Часто включает в себя убежденность в своем праве делать что угодно или иметь что угодно, независимо от того, реалистично ли это и считают ли окружающие это разумным; или преувеличенное внимание к вопросам превосходства (например, стремление попасть в круг самых успешных, знаменитых, богатых людей) в целях обретения *власти* или *контроля* (как правило, не ради получения внимания или одобрения). Иногда включает в себя чрезмерное стремление к соперничеству или к достижению превосходства над другими людьми: получение подтверждения своей силы, отстаивание своей точки зрения или стремление контролировать поведение окружающих, чтобы оно пребывало в соответствии с его собственными желаниями; отсутствие эмпатии или способности учитывать потребности и чувства других людей.

11. Недостаточность самоконтроля

Постоянные трудности в сфере самоконтроля или отказ обеспечивать достаточный уровень самоконтроля и толерантности к фрустрации для достижения своих личных целей или для сдерживания чрезмерных проявлений своих эмоций и импульсов. При более мягкой форме этой схемы, пациент придает слишком много значения *избеганию дискомфорта*: боли, конфликтов, конфронтации, ответственности или перенапряжения, жертвуя при этом определенными сферами своей жизни, достижением личных целей или личностной целостностью.

Направленность на окружающих

(*Чрезмерное сосредоточение на желаниях, чувствах и реакциях других людей в ущерб собственным потребностям с целью заслужить любовь и одобрение, поддержать ощущение связи или избежать наказания. Обычно включает в себя подавление собственного гнева и личных предпочтений или же неспособность отдавать себе отчет в их наличии. Как правило, семья в детстве практикует условное принятие: дети должны подавлять важные аспекты своей личности, чтобы получить любовь, внимание, одобрение. Во многих таких семьях эмоциональные потребности и желания родителей — или же социальное признание и статус — ценятся выше, чем уникальные потребности и чувства ребенка.*)

12. Покорность

Чрезмерная передача контроля другим, к которой человек *чувствует себя вынужденным* прибегнуть во избежание гнева, наказания или отказа. Две основные формы подчинения таковы.

1. ***Подчинение потребностей:*** подавление собственных предпочтений, решений, желаний.
2. ***Подчинение эмоций:*** подавление своих эмоций, особенно гнева.

Обычно включает в себя установку о том, что собственные желания, мнения и чувства не имеют права на существование или не имеют значения для окружающих. Часто проявляется в чрезмерной уступчивости в сочетании с обостренной реакцией на чувство "попадания в ловушку". Обычно приводит к нарастанию чувства гнева, что проявляется в симптомах дезадаптации (например, пассивно-агрессивное поведение, неконтролируемые вспышки гнева, психосоматические симптомы, подавление аффекта, импульсивные поступки, злоупотребление алкоголем или наркотиками).

Продолжение табл. 1.1

13. Самопожертвование

Чрезмерная увлеченность *добровольным* удовлетворением потребностей других людей за собственный счет. Наиболее распространенные причины: стремление избежать причинения боли другим людям, стремление избежать чувства вины за свой воспринимаемый эгоизм, стремление поддерживать связь с окружающими людьми, которые воспринимаются как нуждающиеся в заботе. Часто обусловлено обостренной чувствительностью к страданиям других людей. Иногда приводит к ощущению того, что собственные потребности не удовлетворяются должным образом, и что человек, о котором ты заботишься, пренебрегает тобой. (Пересекается с концепцией созависимости.)

14. Поиск одобрения

Чрезмерный акцент на получении одобрения, признания или внимания от других людей, стремление соответствовать другим людям в ущерб развитию стабильного и адекватного ощущения собственной идентичности. Самооценка зависит прежде всего от реакций окружающих, а не от собственных склонностей и предпочтений. Иногда включает в себя чрезмерную озабоченность статусом, внешним видом, социальным признанием, финансовой состоятельностью или достижениями как средствами получения *одобрения, восхищения* или *внимания* (как правило, не в целях обретения власти или контроля). Часто приводит к принятию серьезных жизненных решений, которые не соответствуют истинным желаниям и фактическим потребностям человека, либо к обостренной чувствительности к отказу/отвержению.

Чрезмерная ответственность и жесткие стандарты

(Излишнее стремление к подавлению своих спонтанных чувств, побуждений и выборов, к соблюдению жестких интернализированных правил и ожиданий в отношении успешности или этичности поведения; зачастую в ущерб счастью, самовыражению, отдыху, близким отношениям или здоровью. Как правило, семья в детстве излишне серьезная, требовательная, а иногда и наказывающая за промахи: успешность, выполнение обязанностей, перфекционизм, соблюдение правил, сокрытие эмоций и предотвращение ошибок считаются более важными, чем удовольствие, радость и расслабление. Обычно присутствуют пессимизм и беспокойство о том, что все может пойти прахом, если хоть на миг утратить бдительность и осторожность.)

15. Негативизм/пессимизм

Навязчивое сосредоточение на отрицательных аспектах жизни (боль, смерть, потери, разочарования, конфликты, чувство вины, негодование, нерешенные проблемы, возможные ошибки, предательство, все то, что может пойти не так, и т.д.) при минимизации положительных, оптимистических аспектов или пренебрежении ими. Обычно включает в себя преувеличенное ожидание того — в широком диапазоне рабочих, финансовых или межличностных ситуаций, — что в конечном итоге все пойдет наперекосяк или что аспекты жизни, в которых сейчас все хорошо, в конечном счете потерпят крах. Обычно включает в себя чрезмерный страх допустить ошибки, которые могут привести к финансовому краху, потерям, унижению или попаданию в безвыходную ситуацию. Вследствие преувеличения возможности отрицательного исхода, для таких людей характерны хроническое беспокойство, чрезмерная бдительность, постоянные жалобы или нерешительность.

Окончание табл. 1.1

16. Подавление эмоций
Чрезмерное подавление спонтанных действий, чувств, возможностей общения, — как правило, чтобы избежать неодобрения со стороны других людей, чувства стыда или утраты контроля над своими импульсами. Наиболее распространенные области ингибиции: а) подавление гнева и агрессии; б) подавление ***положительных импульсов*** (например, радости, привязанности, сексуального возбуждения, игривости); в) трудности с проявлением собственной ***уязвимости*** или с возможностью ***свободной коммуникации*** о своих чувствах, потребностях и т.д.; г) чрезмерный акцент на ***рациональности*** в ущерб эмоциям.
17. Жесткие стандарты/придирчивость
Основополагающее убеждение в необходимости стремиться к очень высоким *интернализированным стандартам* поведения и успешности — как правило, чтобы избежать критики. Обычно приводит к ощущению постоянного давления. Человеку сложно снизить уровень требований по отношению к себе и другим. Эта схема включает в себя значительные нарушения в аспектах здоровья, самооценки, чувства выполненного долга, получения удовольствия, расслабления, построения полноценных отношений.
Жесткие стандарты обычно проявляются как а) ***перфекционизм***, чрезмерное внимание к деталям или недооценка собственной успешности; б) ***жесткие, категоричные правила,*** или "долженствования", во многих областях жизни, включая нереалистично завышенные моральные, этические, культурные или религиозные предписания; в) обеспокоенность вопросами ***времени и эффективности***, стремление делать все больше и больше, постоянно достигать новых высот.
18. Пунитивность
Убежденность в том, что люди должны быть строго наказаны за свои ошибки. Подразумевает тенденцию к проявлению человеком гнева и нетерпимости по отношению к тем людям (включая самого себя), которые не соответствуют его ожиданиям или стандартам. Свои и чужие ошибки прощаются с трудом вследствие нежелания учитывать смягчающие обстоятельства, допускать человеческое несовершенство или сопереживать.

Примечание.

Домен I. Нарушение связи и отвержение

Пациенты со схемами из этого домена не могут формировать надежную, удовлетворяющую его потребности привязанность к людям. Они убеждены в том, что их потребности в стабильности, безопасности, заботе, любви и причастности (потребности принадлежать к какой-либо социальной группе) не будут удовлетворены. Как правило, семья в детстве отличается нестабильностью (*Покинутость/Нестабильность*), склонна к оскорблениям и насилию (*Недоверие/Ожидание жестокого обращения*), холодная (*Эмоциональная Депривированность*), отвергающая (*Дефективность/Стыдливость*) или изолированная от внешнего мира (*Социальная отчужденность*). Пациенты со схемами из *домена нарушения связи и отвержения* (особенно это касается первых четырех схем) зачастую имеют наиболее серьезные психические нарушения. Многие из них перенесли психологические травмы в детстве, и, уже будучи взрослыми, они

склонны кидаться от одних саморазрушительных отношений к другим или вообще избегать близких отношений. Терапевтические отношения зачастую имеют важнейшее значение в лечении таких пациентов.

Схема *Покинутости/Нестабильности* — это воспринимаемая нестабильность связи со значимыми другими. Пациенты с такой схемой чувствуют, что важные для них люди не будут рядом с ними постоянно, потому что они эмоционально непредсказуемы, появляются в их жизни лишь эпизодически, могут умереть или бросить пациента ради кого-то получше.

Пациенты, у которых присутствует схема *Недоверия/Ожидания жестокого обращения*, убеждены в том, что люди будут использовать их для достижения собственных эгоистических целей, например, что они будут злоупотреблять или манипулировать пациентом, унижать его, лгать ему или причинять ему боль.

Схема *Эмоциональной депривированности* — это ожидание того, что потребность в эмоциональной связи не будет удовлетворена адекватным образом. Мы выделяем три формы этой схемы: 1) лишение *заботы* (отсутствие чувства, что тебя любят, и что о тебе заботятся); 2) лишение *сочувствия* (отсутствие понимания и готовых выслушать тебя людей); 3) лишение *защиты* (отсутствие покровительства, направления или наставления со стороны других людей).

Схема *Дефективности/Стыдливости* — это чувство, что ты плохой, ты полон недостатков, ты хуже, чем другие, или попросту бесполезен, и что тебя никто не сможет полюбить. Данная схема обычно связана с чувством стыда в отношении воспринимаемых дефектов. Недостатки могут быть приватными (например, эгоизм, агрессивные импульсы, неприемлемые сексуальные желания) или публичными (например, непривлекательная внешность, социальная неловкость).

Схема *Социальной отчужденности* — это чувство того, что ты отличаешься от других или не вписываешься в более широкий социальный круг за пределами семьи. Как правило, пациенты с этой схемой не ощущают своей принадлежности к какой-либо группе или сообществу.

Домен II. Нарушение автономии и эффективности

Автономность — это способность сепарироваться от родительской семьи и функционировать независимо от нее в той степени, которая характерна для текущей возрастной группы человека. Пациенты со схемами из этого домена обладают такими ожиданиями в отношении самого себя и мира в целом, которые препятствуют их способности отделить собственное “Я” от личности родителя и начать функционировать независимо. Как правило, когда эти пациенты были детьми, их родители чересчур потакали им и чрезмерно защищали их; или, наоборот (что встречается гораздо реже), почти не заботились о них и не занимались ими. (Обе эти крайности приводят к возникновению проблем в сфере автономности пациента.) Родители часто подрывали их уверенность в себе и не давали положительного подкрепления их успехам и достижениям за пределами дома. В результате эти пациенты неспособны выстраивать свою идентичность и проживать собственную жизнь. Они не умеют ставить личные цели и овладевать навыками, необходимыми для их достижения. Что касается компетентности, они остаются детьми и в своей взрослой жизни.

Пациенты со схемой *Зависимости/Беспомощности* чувствуют себя неспособными справиться со своими повседневными обязанностями без существенной помощи со стороны. Например, они чувствуют себя неспособными управлять деньгами, решать практические проблемы, мыслить рационально, справляться с новыми задачами или принимать правильные решения. Такая схема часто проявляется в виде тотальной пассивности или беспомощности.

Уязвимость — это преувеличенный страх того, что в любой момент может произойти катастрофа, и что человек не сможет с ней справиться. Страхи сосредоточены на следующих видах катастроф: 1) *медицинские* (например, страх сердечного приступа или СПИДа); 2) *эмоциональные* (например, страх сойти с ума, потерять над собой контроль); 3) *внешние* (например, боязнь несчастных случаев, преступлений, природных катаклизмов).

Пациенты со схемой *Запутанности/Неразвитой идентичности* зачастую слишком привязаны к одному или нескольким значимым другим (как правило, к родителям) в ущерб развитию собственной личности, а также в ущерб своему социальному развитию. Такие пациенты полагают, что не могут функционировать без своих значимых других. Эта схема может включать в себя чувство слияния с другим человеком, "растворения" в другом человеке или отсутствие чувства самоидентичности и направления развития.

Схема *Неуспешности* — это убеждение в том, что человек неизбежно потерпит неудачу на своем пути (например, в учебе, спорте, карьере), и что его достижения совершенно незначительны по сравнению с достижениями его сверстников. Эта схема часто включает в себя убеждения в собственной глупости, неумелости, бездарности или невезучести.

Домен III. Нарушение границ

Пациенты со схемами из этого домена не выработали адекватных внутренних границ в контексте взаимодействия с другими людьми или в контексте самодисциплины. Они могут испытывать трудности с признанием прав других людей, сотрудничеством, соблюдением обязательств или достижением долгосрочных целей. Такие пациенты часто эгоистичны, избалованы, безответственны или нарциссичны. Они обычно вырастают в семьях, в которых родители все разрешали ребенку и чрезмерно потакали его желаниям. (Иногда вседозволенность может быть формой гиперкомпенсации для схемы эмоциональной депривированности; в этих случаях она не является первичным источником возникновения схемы. Мы будем говорить об этом в главе 10.) Будучи детьми, пациенты не были обязаны следовать правилам, которые применялись ко всем остальным, не были обязаны учитывать интересы окружающих или развивать способность к самоконтролю. Повзрослев, они испытывают трудности со сдерживанием своих импульсов и с отсрочкой удовольствия ради будущих преимуществ.

Схема *Привилегированности/Грандиозности* заключается в предположении, что данный человек лучше других, и поэтому он имеет право на особые привилегии. Пациенты с такой схемой не чувствуют себя связанными правилами взаимного сотрудничества, которые определяют нормальное социальное взаимодействие. Они часто на-

стаивают на том, чтобы им предоставляли возможность делать все, что захочется, независимо от того, как это скажется на других людях. Они придают преувеличенное значение вопросам превосходства (например, стремятся войти в круг самых успешных, известных, богатых людей) в целях достижения власти. Эти пациенты зачастую слишком требовательны или склонны к доминированию; им не хватает эмпатии.

Пациенты со схемой *Недостаточности самоконтроля* либо не умеют, либо не желают проявлять свою способность к самоконтролю и толерантность к фрустрации ради достижения личных целей. Они не регулируют проявления своих эмоций и импульсов. При более мягкой форме этой схемы, пациент всеми силами избегает дискомфорта, например, конфликтов или ответственности.

Домен IV. Направленность на других

Пациенты со схемами из этого домена делают излишний акцент на удовлетворении потребностей других людей, а не на собственных нуждах. Они делают это, чтобы получить одобрение, поддержать эмоциональную связь или избежать наказания/возмездия. Взаимодействуя с людьми, они склонны сосредоточиваться почти исключительно на реакциях другого человека, а не на собственных потребностях, зачастую не осознавая своего гнева или своих личных предпочтений. Будучи детьми, они не имели свободы следовать своим наклонностям. Во взрослом возрасте они демонстрируют экстернальную направленность вместо интернальной, стремясь выполнять желания окружающих. Как правило, семья в детстве основана на условном принятии: дети должны сдерживать важные аспекты своей личности, чтобы заслужить любовь и принятие родителей. Во многих таких семьях родители ценят свои эмоциональные потребности и социальный имидж гораздо выше, чем уникальные потребности своего ребенка.

Схема *Покорности* — это чрезмерная передача контроля другим людям, которую человек ощущает как необходимость для избежания гнева, возмездия или отказа. Две основные формы: 1) *подчинение потребностей*: подавление собственных предпочтений или желаний; 2) *подчинение эмоций*: подавление своих эмоциональных реакций, особенно гнева. Эта схема обычно предполагает восприятие собственных потребностей или чувств как нерациональных или не имеющих значения. Часто имеют место чрезмерное стремление соблюдать правила и чрезмерное желание угодить другим, в сочетании с обостренным чувством "загнанности в ловушку". Подчинение обычно приводит к нарастанию гнева, что проявляется в дезадаптивных симптомах (например, пассивно-агрессивное поведение, неконтролируемые вспышки эмоций, психосоматические симптомы, подавление аффекта).

Пациенты со схемой *Самопожертвования* добровольно удовлетворяют потребности других людей в ущерб удовлетворению собственных нужд. Они делают это, чтобы избавить других от боли, избежать чувства вины, обрести чувство собственного достоинства или поддерживать эмоциональную связь с теми, кого считают нуждающимися в своей помощи. Схема часто возникает вследствие обостренной чувствительности к чьим-то страданиям. Она включает в себя ощущение того, что собственные потребности человека не удовлетворяются должным образом, вследствие чего может возникнуть обида. Эта схема пересекается с концепцией созависимости.

Пациенты со схемой *Поиска одобрения* предпочитают получать одобрение и признание от других людей вместо развития устойчивого и адекватного чувства самоидентичности. Их самооценка зависит от реакций других людей, а не от собственных реакций. Эта схема часто включает в себя чрезмерную озабоченность социальным статусом, внешностью, деньгами или успехом как средствами получения одобрения или признания. Она часто приводит к принятию серьезных жизненных решений, которые не соответствуют желаниям и потребностям человека и не приносят ему удовлетворения.

Домен V. Чрезмерная ответственность и жесткие стандарты

Пациенты со схемами из этого домена подавляют свои спонтанные чувства и побуждения. Они изо всех сил стараются соблюдать жесткие интернализированные правила в отношении своей успешности за счет собственного счастья, самовыражения, отдыха, близких отношений и хорошего здоровья. Как правило, схемы этого домена возникают у детей из деспотичных, строгих и подавляющих семей, в которых самообладание и самоотречение ценятся выше, чем спонтанность и удовольствие. В детстве таких пациентов не поощряли к играм или к стремлению быть счастливыми. Скорее, они научились быть всегда настороже и воспринимать жизнь как суровое и безрадостное явление. Такие пациенты, как правило, испытывают пессимизм и постоянное беспокойство. Они опасаются, что их жизнь может "развалиться", если они утратят бдительность и осторожность.

Схема *Негативизма/Пессимизма* — это навязчивая сосредоточенность на отрицательных аспектах жизни (боль, смерть, потери, разочарования, конфликты, чувство вины, негодование, нерешенные проблемы, возможные ошибки, предательство, все то, что может пойти не так, и т.д.) и преуменьшение положительных аспектов жизненных событий. Обычно включает в себя преувеличенное ожидание того, что в конечном итоге все неизбежно будет плохо — в широком диапазоне рабочих, финансовых или межличностных ситуаций. Обычно включает в себя чрезмерный страх допустить ошибки, которые могут привести к финансовому краху, потерям, унижению или попаданию в безвыходную ситуацию. Вследствие преувеличения вероятности отрицательного исхода, такие люди зачастую характеризуются хроническим беспокойством, чрезмерной бдительностью, постоянными жалобами на жизнь или нерешительностью.

Пациенты со схемой *Подавления эмоций* подавляют свои спонтанные действия, чувства и общение. Обычно они делают это, чтобы избежать критики в свой адрес или не утратить контроль над своими импульсами. Наиболее распространенные сферы ингибиции: а) подавление *гнева*; б) подавление *положительных импульсов* (например, радости, привязанности, сексуального возбуждения, игривости); в) трудности с проявлением собственной *уязвимости*; г) чрезмерный акцент на *рациональности* в ущерб эмоциям. К таким пациентам применимы следующие характеристики: унылые/подавленные, сдержанные, отвлеченные, холодные.

Схема *Жестких стандартов/Придирчивости* — это убежденность в том, что необходимо стремиться к очень высоким общепринятым стандартам, — как правило, во избежание неодобрения или стыда. Схема обычно приводит к ощущению постоянного

давления и к сверхкритичности по отношению к себе и другим людям. Чтобы эту схему можно было отнести к категории ранних дезадаптивных схем, у пациента должно наблюдаться значительное ухудшение здоровья и самооценки, проблемы в отношениях с людьми или утрата способности получать удовольствие. Схема обычно проявляется в следующем: 1) *перфекционизм* (например, потребность делать все "правильно", чрезмерное внимание к деталям или принижение собственной успешности); 2) *жесткие правила*, или "долженствования", во многих областях жизни, включая нереалистично завышенные моральные, культурные или религиозные предписания; 3) сильная обеспокоенность вопросами *времени и эффективности*.

Схема *Пунитивности* — это убежденность в том, что люди заслуживают сурового наказания за свои ошибки. Схема включает в себя склонность к проявлению гнева и нетерпимости по отношению к людям (включая самого себя), которые не соответствуют ожиданиям или стандартам пациента. Свои и чужие ошибки прощаются с трудом вследствие нежелания учитывать смягчающие обстоятельства, признавать человеческое несовершенство или принимать во внимание намерения других людей.

Клинический случай

Давайте рассмотрим клинический случай, иллюстрирующий концепцию схемы. Молодая женщина по имени Натали обратилась к психотерапевту за помощью. У Натали присутствует схема эмоциональной депривированности: ее опыт близких отношений в основном характеризуется неудовлетворением ее эмоциональных потребностей, и это началось еще в раннем детстве. Натали была единственным ребенком в семье, которого воспитывали эмоционально холодные родители. Хотя они и удовлетворяли все физические потребности дочери, они не проявляли заботы о ней, не давали ей достаточно внимания и привязанности. Они не пытались понять, какая она на самом деле. Натали чувствовала себя одинокой в собственной семье.

Сейчас Натали столкнулась с проблемой хронической депрессии. Она рассказала терапевту, что всегда чувствовала себя подавленной. Она уже неоднократно обращалась к специалистам, но так и не смогла избавиться от своей депрессии. Натали, как правило, привлекали эмоционально холодные мужчины. Ее муж, Пол, вполне вписывается в этот паттерн. Когда Натали обращается к нему в попытке получить внимание или поддержку, он раздражается и отталкивает ее. Это запускает ее схему эмоциональной депривированности, и Натали начинает злиться. Ее гнев отчасти оправдан, но он представляет собой гипертрофированную реакцию на поведение мужа, который любит ее, но не знает, как это продемонстрировать.

Гнев Натали раздражает ее мужа, и он дистанцируется от нее, тем самым подкрепляя ее схему Эмоциональной Депривированности. Их брак попадает в порочный круг, созданный ее схемой. В своем браке Натали продолжает переживать депривацию, с которой столкнулась в детстве. До свадьбы Натали встречалась с более эмоциональным мужчиной, но не испытывала сексуального влечения к нему. Нормальные проявления нежности и ласки воспринимались Натали как нарушение ее личных границ, она чувствовала, что "задыхается" в этих отношениях. На самом деле, мы часто наблюдаем у пациентов склонность испытывать влечение именно к таким партнерам, которые запускают их базовую схему (мы еще называем это явление "химией схемы").

Этот пример иллюстрирует, каким образом депривация в раннем детстве приводит к формированию схемы, которую пациент затем неосознанно воспроизводит и повторяет раз за разом уже во взрослом возрасте, что, в свою очередь, приводит к формированию дисфункциональных отношений и появлению хронических симптомов оси I.

Условные и безусловные схемы

Первоначально мы полагали, что основное отличие между ранними дезадаптивными схемами и базовыми (глубинными) убеждениями по Беку (*Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979*) состоит в том, что схемы являются безусловными, в то время как базовые убеждения условны. Однако теперь мы считаем, что схемы бывают и условными, и безусловными. Как правило, ранние схемы в большинстве своем представляют собой базовые, безусловные убеждения в отношении самого себя и других людей, тогда как более поздние схемы носят условный характер.

Безусловные схемы с трудом поддаются терапии. Какие бы действия ни предпринимал пациент, результат будет одним и тем же. Человек все равно будет чувствовать себя некомпетентным, нелюбимым, не соответствующим ожиданиям, находящимся под угрозой, плохим — и ничто не сможет изменить этого. Схема как бы инкапсулирует то, что происходило с ребенком, не оставляя ему ни малейшего выбора. Безусловная схема просто *существует*. Условные схемы, напротив, дают надежду на исцеление. Пациент способен изменить результат — он может подчиняться, жертвовать собой, искать одобрения, подавлять эмоции или стремиться соответствовать высоким стандартам и при этом, возможно, даже предотвратить отрицательный исход, по крайней мере временно (табл. 1.2).

ТАБЛИЦА 1.2. Безусловные и условные схемы

Безусловные схемы	***Условные схемы***
Покинутость/Нестабильность	Покорность
Недоверие/Ожидание жестокого обращения	Самопожертвование
Эмоциональная депривированность	Поиск одобрения
Дефективность/Стыдливость	Подавление эмоций
Социальная отчужденность	Жесткие стандарты/придирчивость
Зависимость/Беспомощность	
Уязвимость	
Запутанность/Неразвитая идентичность	
Неуспешность	
Негативизм/Пессимизм	
Пунитивность	
Привилегированность/Грандиозность	
Недостаточность самоконтроля	

Условные схемы часто развиваются как попытки облегчить влияние безусловных схем. В этом смысле условные схемы являются “вторичными”. Вот несколько примеров.

Жесткие стандарты в ответ на *дефективность*. Человек верит: “Если я смогу стать идеальным, я буду достоин любви”.

Покорность в ответ на *покинутость*. Человек убежден: “Если я буду делать то, что хочет другой человек, и никогда не разозлюсь из-за этого, то этот человек останется со мной”.

Самопожертвование в ответ на *дефективность*. “Если я удовлетворю все потребности этого человека и проигнорирую собственные, он примет меня, несмотря на мои недостатки, и я не буду чувствовать себя нелюбимым”.

Как правило, постоянно выполнять требования условных схем невозможно. Например, трудно потакать желаниям другого человека в ущерб собственным желаниям и никогда при этом не злиться. Трудно проявлять достаточно требовательности, чтобы заставлять других удовлетворять все ваши потребности; трудно жертвовать собой, удовлетворяя все потребности другого человека. В большинстве случаев, условные схемы срабатывают чуть раньше, предвосхищая базовые схемы. Человек обречен потерпеть неудачу и, таким образом, снова столкнуться с реальностью базовой схемы. (Не все условные схемы можно связать с более ранними схемами. Эти схемы условны только в том смысле, что, если ребенок делает то, чего от него ожидают, он почти всегда может избежать пугающих его последствий.)

Почему схемы снижают эффективность традиционной когнитивно-поведенческой терапии

Многие ранние дезадаптивные схемы могут отрицательно влиять на эффективность применения методов традиционной когнитивно-поведенческой терапии. Наличие схем у пациентов приводит к тому, что они не могут соответствовать предположениям когнитивно-поведенческой терапии, о которых мы упоминали ранее в этой главе. Возьмем, например, предположение о том, что пациент и психотерапевт могут довольно быстро — буквально за несколько сеансов — установить доверительные терапевтические отношения. Пациенты со схемами из домена нарушения связи и отвержения (Покинутости/Нестабильности, Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Эмоциональной депривированности, Дефективности/Стыдливости), скорее всего, не смогут включиться в положительные терапевтические отношения за относительно короткий промежуток времени. Еще один пример — предположение о том, что пациенты обладают сильным чувством идентичности и четкими жизненными целями и могут руководствоваться ими при определении целей курса лечения. К сожалению, пациенты со схемами из домена нарушения автономии и эффективности (Зависимости/Беспомощности, Уязвимости, Запутанности/Неразвитой идентичности, Неуспешности/Обреченности на неудачу) могут не знать, кто они и чего хотят. Следовательно, они могут быть не в состоянии установить конкретные цели курса терапии.

Когнитивно-поведенческая терапия предполагает, что пациенты могут получить доступ к своим когнициям и эмоциям и выразить их словами во время сеансов терапии. Однако пациенты со схемами из домена IV (Покорности, Самопожертвования, Поиска одобрения) могут быть слишком сосредоточены на том, чтобы получить похва-

лу от психотерапевта, и не станут рассказывать о своих истинных мыслях и чувствах, чтобы не огорчить его. Наконец, когнитивно-поведенческая терапия предполагает, что пациенты будут добросовестно выполнять терапевтические процедуры. Но пациенты со схемами из домена нарушения границ (Привилегированности/Грандиозности, Недостаточности самоконтроля) могут иметь слишком слабую мотивацию или быть недостаточно дисциплинированными, чтобы их придерживаться.

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ

В отношении ранних дезадаптивных схем Янга было проведено довольно много исследований. Большая часть исследований была проведена с использованием расширенной версии опросника *Методика ранних дезадаптивных схем Янга* (*Young & Brown, 1990*), хотя исследования с его краткой версией все еще продолжаются. Методика ранних дезадаптивных схем Янга была переведен на многие языки, включая французский, испанский, голландский, турецкий, японский, финский и норвежский.

Первое комплексное исследование психометрических свойств Методики ранних дезадаптивных схем Янга провели Шмидт, Джойнер, Янг и Телч (*Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995*). Результаты этого исследования позволили получить альфа-коэффициенты для каждой из ранних дезадаптивных схем, которые варьировались от 0,83 (Запутанности/Неразвитой идентичности) до 0,96 (Дефективности/Стыдливости) и ретестовые коэффициенты от 0,50 до 0,82 в неклинической выборке. Первичные подшкалы продемонстрировали высокую ретестовую надежность и внутреннюю согласованность. Опросник также продемонстрировал хорошую конвергентную и дискриминантную валидности в отношении показателей психологического дистресса, самооценки, когнитивной уязвимости к депрессии, симптоматики расстройств личности.

Исследователи провели факторный анализ с использованием как клинических, так и неклинических выборок. В выборках были обнаружены схожие наборы основных факторов, которые близко соответствовали разработанным на основе клинических данных схемам Янга и их предполагаемым иерархическим отношениям. В одной выборке, состоявшей из студентов колледжа, были выявлены 17 факторов, в том числе 15 из 16 изначально предложенных Янгом (*Young, 1990*). Одна из первоначально предложенных схем — социальная нежелательность — не была выявлена, но зато проявились два других неучтенных фактора. С целью кросс-валидации этой факторной структуры Шмидт и соавторы (*Schmidt et al., 1995*) предложили Методику ранних дезадаптивных схем Янга другой выборке студентов колледжа. Используя ту же технику факторного анализа, исследователи обнаружили, что из 17 факторов, полученных при первом анализе, 13 были четко воспроизведены во второй выборке. Исследователи также обнаружили три различных фактора высшего порядка. В выборке пациентов были выявлены 15 факторов, включая 15 из 16, первоначально предложенных Янгом (*Young, 1990*). На эти 15 факторов приходились 54% общей дисперсии (*Schmidt et al., 1995*).

В этом исследовании Методика ранних дезадаптивных схем Янга продемонстрировала конвергентную валидность с тестом симптоматики расстройств личности (Личностный диагностический опросник, пересмотренная версия; *Hyler, Rieder, Spitzer, & Williams, 1987*). Он также продемонстрировал дискриминантную валидность в отношении депрессии (Шкала депрессии Бека; *Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961*) и самооценки (Шкала самоуважения Розенберга; *Rosenberg, 1965*) на выборке студентов.

Аналогичное исследование провели на выборке пациентов в Австралии Ли, Тейлор и Данн (*Lee, Taylor, & Dunn, 1999*). Исследователи провели факторный анализ, в соответствии с результатами которого были выделены 16 основных факторов, в том числе 15 из 16 первоначально предложенных Янгом. Только шкала социальной нежелательности не получила подтверждения. (С тех пор мы исключили социальную нежелательность как отдельную схему и объединили ее с дефективностью.) Кроме того, факторный анализ более высокого порядка дал результаты, близко соответствовавшие некоторым доменам, предложенным Янгом. В целом, это исследование показало, что Методика ранних дезадаптивных схем Янга обладает очень хорошей внутренней согласованностью, и что его структура первичных факторов была стабильной для выборок из двух разных стран и для разных диагнозов.

Ли и его коллеги (*Lee et all., 1999*) рассматривали возможные причины того, почему в этих двух исследованиях были получены несколько разные факторные структуры, в зависимости от того, проводились ли они на "нормальной" выборке или на выборке из числа пациентов. Они пришли к выводу, что студенческие выборки, вероятно, отображали более широкий диапазон результатов, поскольку маловероятно, что большинство студентов страдали от крайних форм психопатологии. Авторы утверждают, что репликация факторной структуры зависит от предположения о том, что схемы, лежащие в основе психопатологии популяции пациентов, также присутствуют в случайной выборке студентов колледжа. Янг полагает, что ранние дезадаптивные схемы действительно присутствуют в "нормальных" выборках, но в выборках пациентов они приобретают характер преувеличенных и чрезмерных.

Другие исследования изучали валидность отдельных схем и то, насколько они поддерживают модель Янга. Фримен (*Freeman, 1999*) исследовал применение теории схем Янга в качестве объяснительной модели для "нерациональной", не основанной исключительно на точных данных когнитивной обработки информации. Исследуя участников "нормальной" выборки, Фримен обнаружил, что те из них, у кого ранние дезадаптивные схемы были выражены слабее, демонстрировали более высокую способность к адаптации в межличностных отношениях. Этот вывод согласуется с предположением Янга о том, что ранние дезадаптивные схемы по определению являются отрицательными и нефункциональными.

Риттенмейер (*Rittenmeyer, 1997*) исследовал конвергентную валидность доменов схем Янга с Опросником выгорания по методике Маслач (*Maslach & Jackson, 1986*) — тестовой методикой, предназначенной для оценки негативного воздействия стрессовых событий на человека. Изучая выборку калифорнийских школьных учителей, Риттенмейер обнаружил, что два домена схем — направленность на других и чрезмерная настороженность и сдержанность — демонстрируют высокую степень корре-

ляции со шкалой эмоционального выгорания по методике Маслач. **Домен направленности на других** также продемонстрировал корреляцию, хоть и не столь высокую, с двумя другими шкалами этой методики — шкалой деперсонализации и шкалой личных достижений.

Карин (*Carine, 1997*) исследовал применение теории схем Янга для лечения расстройств личности, используя ранние дезадаптивные схемы в качестве прогнозируемых переменных при анализе дискриминантных функций. В частности, им был рассмотрен вопрос о том, отличает ли наличие схем пациентов с психопатологией по оси II DSM-IV от пациентов с другими типами психопатологии. Было обнаружено, что принадлежность к группе кластера оси II была правильно предсказана в 83% случаев. В подтверждение теории Янга, исследование также показало, что этот аффект, по-видимому, является неотъемлемой частью схем.

Несмотря на то, что Методика ранних дезадаптивных схем Янга не был разработан для оценки конкретных расстройств личности по DSM-IV, наблюдаются значимые связи между ранними дезадаптивными схемами и симптомами расстройств личности (*Schmidt et al., 1995*). Общая оценка в высокой степени коррелирует с общей оценкой по Личностному диагностическому опроснику (пересмотренная версия, *Hyler et al., 1987*) — тестовой методикой, направленной на оценку личностной патологии в соответствии с DSM-III-R. Согласно результатам этого исследования, схемы Недостаточности самоконтроля и Дефективности/Стыдливости продемонстрировали наиболее сильную связь с симптомами расстройств личности. Отдельные схемы продемонстрировали значимую связь с теоретически соответствующими им расстройствами личности. Например, схема Недоверия/Ожидания жестокого обращения тесно связана с параноидным расстройством личности; схема Зависимости/Беспомощности — с зависимым расстройством личности; схема Недостаточного самоконтроля — с пограничными расстройствами личности; схема Жестких стандартов/Придирчивости — с обсессивно-компульсивным расстройством личности (*Schmidt et al., 1995*).

БИОЛОГИЯ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ

В этом разделе мы предлагаем взгляд на схемы с точки зрения биологии, основанный на недавних исследованиях эмоций и биологии мозга (*LeDoux, 1996*). Мы подчеркиваем, что данный раздел рассматривает *гипотезы* о возможных механизмах развития и изменениях схем. Исследования справедливости этих гипотез еще не проводились.

Недавние исследования показывают, что в мозге присутствует не одна схема, а несколько. Разные эмоции связаны с различными проявлениями инстинкта выживания — реагированием на опасность, поиском пищи, поиском партнера для размножения, поиском друзей, заботой о потомстве, социальными связями, — и каждая из них, по-видимому, поддерживается собственной нейронной сетью в мозге. Мы рассмотрим нейронную сеть, связанную с обусловливанием страха и с травмами.

Системы мозга, связанные с обусловливанием страха и с травмами

Исследования в области биологии головного мозга позволили определить участки мозга, которые, вероятно, отвечают за срабатывание триггеров схем, основанных на травмирующих событиях детства, таких как пренебрежение или жестокое обращение. В своем комментарии к исследованию в области биологии травматических воспоминаний, Леду (*LeDoux, 1996*) пишет следующее.

> Во время обработки травматичной ситуации сознательные воспоминания направляются в систему, состоящую из гиппокампа и связанных с ним кортикальных областей, а бессознательные воспоминания закрепляются механизмами, отвечающими за формирование страха, которые функционируют в системе на базе миндалевидного тела. Эти две системы действуют параллельно и сохраняют разные виды информации, связанной с перенесенным опытом. И когда человеку встречаются стимулы, присутствовавшие во время первичной травмы, каждая система потенциально может извлечь свои воспоминания. В случае с миндалевидным телом, результат выражается в реакциях тела, направленных на подготовку к встрече с опасностью. А в случае с гиппокампом, у человека возникают соответствующие осознанные воспоминания (*LeDoux, 1996, p. 239*).

Таким образом, согласно Леду, механизмы мозга, которые отвечают за регистрацию, хранение и извлечение воспоминаний об эмоциональной значимости травматического события, отличаются от механизмов, которые обрабатывают сознательные воспоминания и когниции о том же самом событии. Миндалевидное тело хранит эмоциональную память, а гиппокамп и неокортекс — когнитивную память. Эмоциональные реакции могут возникать без участия высших систем обработки информации в мозге — тех систем, которые участвуют в процессах мышления, рассуждения и осознания.

Характеристики системы миндалевидного тела

Согласно Леду (*LeDoux, 1996*), система миндалевидного тела имеет ряд признаков, которые отличают его от гиппокампа и высших кортексов.

- *Система миндалевидного тела функционирует без участия сознания*. Эмоциональные реакции могут формироваться в миндалевидном теле, даже если человек не осознает присутствия рядом стимулов. Зайонц (*Zajonc, 1984*) больше 10 лет назад предположил, что эмоции могут существовать без когниций[3].
- *Система миндалевидного тела более быстрая*. Сигнал об опасности проходит через таламус к миндалевидному телу и к коре головного мозга. Однако сигнал достигает миндалевидного тела быстрее, чем коры головного мозга. К тому времени, когда кора распознает сигнал об опасности, миндалевидное тело уже запустит реакцию на опасность. В соответствии с гипотезой Зайонца (*Zajonc, 1984*) эмоции могут существовать до когниций.

[3] В отличие от некоторых ученых-когнитивистов, мы в этом разделе определяем термин “когнитивные способности” как осознанные мысли или образы, а не как “имплицитные” когнитивные способности или простое сенсорное восприятие.

- *Система миндалевидного тела является автоматической.* Как только она завершает оценку опасности, автоматически запускаются соответствующие эмоции и телесные реакции. Напротив, системы, участвующие в когнитивной обработке информации, не столь тесно связаны с автоматическими реакциями. Отличительной чертой когнитивной обработки информации является гибкость реагирования. Когниции предусматривают возможность выбора.
- *Эмоциональные воспоминания в миндалевидном теле, по-видимому, отличаются устойчивостью.* Леду пишет: "Бессознательные воспоминания о страхе, содержащиеся в миндалевидном теле, похоже, навечно впечатываются в мозг. Вероятно, они остаются с нами на всю жизнь" (*LeDoux, 1996, p. 252*). Для выживания крайне важно, чтобы человек никогда не забывал об опасных стимулах, поэтому эти воспоминания сохраняются навсегда. В состоянии стресса даже те страхи, которые были подавлены человеком, часто спонтанно возникают вновь. Подавление предотвращает внешние проявления обусловленных реакций страха, но не стирает воспоминания, лежащие в основе этих реакций. "Подавление... подразумевает контроль коры головного мозга над реакциями миндалевидного тела, а не стирание воспоминаний, хранящихся в нем" (*там же, p. 250*). (Именно поэтому мы утверждаем, что схемы, вероятно, не могут быть полностью исцелены.)
- *Система миндалевидного тела не проводит тонких различий.* Она способна вызывать обусловленные реакции страха в ответ на травматичные стимулы. После того как эмоциональная память сохраняется в миндалевидном теле, последующее воздействие даже тех стимулов, которые лишь отдаленно напоминают стимулы, присутствовавшие во время травматичного события, вызовет реакцию страха. Система миндалевидного тела обеспечивает "грубое" отображение внешнего мира, в то время как кора головного мозга отображает его более точно и детально. Именно кора головного мозга отвечает за подавление реакций, основанных на когнитивных оценках. Миндалевидное тело вызывает реакции; оно не подавляет их.
- *С точки зрения эволюции, система миндалевидного тела старше, чем системы коры головного мозга высшего порядка.* Когда человек сталкивается с угрозой, миндалевидное тело запускает реакцию страха, который мало изменился в ходе эволюции и который свойственен всем представителям царства животных (возможно, даже простейшим). Гиппокамп также является частью "старшей" части мозга, но он связан с неокортексом, который включает в себя системы высшего порядка, развившиеся гораздо позже.

Значение этих данных для теории схем

Рассмотрим некоторые аспекты возможного влияния результатов этого исследования на теорию схем. Как уже отмечалось, мы определяем раннюю дезадаптивную схему как набор воспоминаний, эмоций, телесных ощущений и когниций, которые вращаются вокруг определенной темы, присутствовавшей в детстве пациента, такой как, например брошенность, пренебрежение или неприятие. Мы могли бы подытожить данные о биологических процессах мозга в контексте схемы следующим образом: эмоции

и телесные ощущения, сохраняемые в системе миндалевидного тела, обладают всеми вышеперечисленными характеристиками. Когда человек сталкивается со стимулами, напоминающими ему события детства, которые привели к формированию схемы, то эмоции и телесные ощущения, связанные с этим событием, неосознанно активируются системой миндалевидного тела; или, если человек осознает их, эмоции и телесные ощущения активируются быстрее, чем когниции. Эта активация эмоций и телесных ощущений происходит автоматически и, вероятно, будет постоянно присутствовать в жизни человека, хотя степень активации может снизиться в случае успешного лечения схемы. Осознанные воспоминания и когниции, связанные с травмой, напротив, сохраняются в системе гиппокампа и системах высшего порядка в головном мозге.

Тот факт, что эмоциональные и когнитивные аспекты травматических переживаний хранятся в разных системах мозга, может служить объяснением того, почему схемы нельзя изменить с помощью исключительно когнитивных методов. Более того, он также объясняет, почему когнитивные компоненты схемы часто развиваются позже, уже после того как эмоции и телесные ощущения сохранены в системе миндалевидного тела. Многие схемы развиваются на доречевой стадии, т.е. они зарождаются до того, как ребенок начинает говорить. Доречевые схемы возникают, когда ребенок еще настолько мал, что сохраняются только воспоминания, эмоции и телесные ощущения, а когниции добавляются позже, когда ребенок начинает думать и говорить. (Кстати, одна из задач психотерапевта — помочь пациенту добавить слова к переживаниям, связанным со схемой.) Таким образом, при работе со многими схемами эмоции имеют приоритет над когнициями.

Когда запускается ранняя дезадаптивная схема, у человека возникают соответствующие эмоции и телесные ощущения. Возможно, он сумеет осознанно связать этот комплекс ощущений с изначальным воспоминанием, но это удается не всем и не всегда. (Еще одна задача психотерапевта — помочь пациенту связать свои эмоции и телесные ощущения с воспоминаниями детства.) Воспоминания лежат в основе схемы, но далеко не всегда четко осознаются человеком, пусть даже в виде образов. Пациенту необходимо постараться восстановить в памяти эти образы, а психотерапевт должен поддержать его и оказать необходимую эмоциональную поддержку.

Значение этих данных для схема-терапии

Первой целью схема-терапии является психологическая осознанность. Психотерапевт помогает пациентам идентифицировать свои схемы и осознать детские воспоминания, эмоции, телесные ощущения, когниции и копинговые стратегии, связанные с ними. Как только пациенты поймут свои схемы и копинговые стратегии, они смогут начать контролировать свои реакции. Они смогут применять свободную волю по отношению к своим схемам, и со временем смогут научиться эффективно управлять ими. Вот что говорит Леду по этому поводу.

> Психотерапия — это просто еще один способ создания синаптической потенциации в проводящих путях головного мозга, которые контролируют миндалевидное тело. Эмоциональные воспоминания, как мы убедились, прочно запечатлеваются в миндалевидном теле. Лучшее, на что мы можем надеяться, — это что

нам удастся научиться регулировать их внешние проявления. И для этого мы заставляем кору головного мозга контролировать миндалевидное тело (*LeDoux, 1996, p. 265*).

Ввиду этого целью лечения является повышение степени осознанного контроля над схемами и работа над ослаблением воспоминаний, эмоций, телесных ощущений, когниций и паттернов поведения, связанных с ними.

Психологическая травма, полученная в раннем детстве, воздействует на все тело. У приматов, разлученных с матерями, наблюдается повышенный уровень кортизола. Если сепарации повторяются, эти изменения становятся постоянными (*Coe, Mendoza, Smotherman, & Levine, 1978; Coe, Glass, Wiener, & Levine, 1983*). Другие длительные нейробиологические изменения, возникающие в результате ранней сепарации с матерью, включают изменения в надпочечниках, которые синтезируют энзимы катехоламины (*Coe et al., 1978, 1983*), и в процессе секреции серотонина гипоталамусом (*Coe, Wiener, Rosenberg, & Levine, 1985*). Исследования на приматах также показывают, что в процессе регуляции сепарационной тревоги участвует опиоидная система, и что социальная изоляция влияет на чувствительность и количество опиатных рецепторов мозга (*van der Kolk, 1987*). Очевидно, что опыт ранней сепарации приводит к физическим изменениям, которые влияют на процессы выполнения психических функций и которые вполне могут сохраняться на протяжении всей жизни.

ОПЕРАЦИИ В ОТНОШЕНИИ СХЕМЫ

Две основные операции, которые могут проводиться в отношении схемы, — ее сохранение и исцеление. Можно сказать, что каждая мысль, чувство, паттерн поведения или переживание, имеющие отношение к схеме, либо *сохраняют* ее — запечатлевая и подкрепляя, — либо *исцеляют*, тем самым ослабляя ее.

Сохранение схемы

Понятие сохранения схемы включает в себя все действия пациента (как фактические действия/паттерны поведения, так и размышления/переживания), которые поддерживают схему. В процессе сохранения схемы участвуют все мысли, чувства и паттерны поведения, которые в конечном итоге подкрепляют, а не исцеляют схему, — все самореализующиеся прогнозы человека. Схемы сохраняются с помощью трех основных механизмов: когнитивных искажений, саморазрушительных паттернов поведения и копинговых стратегий (которые будут подробно рассмотрены в следующем разделе). Вследствие наличия когнитивных искажений, человек воспринимает ситуации неадекватным образом, и это подкрепляет схему. Внимание человека при этом концентрируется на той информации, которая подтверждает схему, и он сводит к минимуму или вовсе опровергает информацию, которая противоречит схеме. На уровне аффекта, человек может блокировать эмоции, связанные со схемой. В таком случае схема не достигает уровня сознания, и человек не может предпринять шаги для изменения и исцеления

схемы. На уровне поведения, человек придерживается саморазрушительных паттернов, неосознанно выбирая ситуации и отношения, которые провоцируют и подкрепляют схему, и избегая отношений, которые могли бы исцелить схему. На уровне межличностных отношений, пациенты взаимодействуют с людьми таким образом, который побуждает окружающих реагировать отрицательно, тем самым подкрепляя схему.

Клинический случай

У Мартины имеется схема Дефективности/Стыдливости, уходящая корнями в ее детские отношения с матерью. "Во мне не было ровным счетом ничего, что нравилось бы моей маме, — сообщила она своему психотерапевту, — и я ничего не могла с этим поделать. Я не была ни красивой, ни популярной, я не обладала сильным характером, не отличалась хорошим вкусом, не умела стильно одеваться. Правда, я была умной, но это ничего не значило для моей матери".

Сейчас Мартине 31 год. У нее мало подруг. Недавно парень Мартины, Джонни, познакомил ее с подругами своих друзей. Мартине очень понравились эти женщины, но хотя они и вели себя доброжелательно по отношению к ней, она чувствовала, что не способна установить с ними дружеские отношения. "Не думаю, что я им нравлюсь, — объяснила Мартина своему психотерапевту. — Я очень нервничаю рядом с ними. Я не могу успокоиться и начать нормально общаться".

В когнитивном, эмоциональном, поведенческом и межличностном аспектах Мартина делает все, чтобы сохранить свою схему в отношениях с этими женщинами. На когнитивном уровне она искажает информацию, что поддерживает схему. Она игнорирует проявления дружелюбия со стороны этих женщин ("Они милы со мной только благодаря Джонни. На самом деле я им не нравлюсь") и неверно истолковывает их слова и поведение, что становится для нее доказательством неприязни с их стороны. Например, когда одна из них, Робин, не пригласила Мартину быть подружкой невесты на своей предстоящей свадьбе, Мартина поспешно пришла к выводу, что Робин "ненавидит" ее, хотя она знала будущую невесту слишком мало, чтобы стать потенциальным кандидатом на роль подружки невесты. На уровне аффекта у Мартины возникали сильные эмоциональные реакции на события, которые отдаленно напоминали триггеры ее детской схемы; она очень расстраивалась из-за любого отказа, каким бы мягким он ни был. Например, когда Робин не попросила ее стать подружкой невесты, Мартина почувствовала себя совершенно бесполезной, и ей было стыдно. "Ненавижу себя", — сказала она тогда своему психотерапевту.

Мартину привлекают такие отношения, которые могут повторить ее отношения с матерью в детстве. Находясь в группе женщин, Мартина ищет дружбы именно с той, кому труднее всего угодить, и кто наиболее склонен к критике. Как и в детстве, Мартина ведет себя угодливо и обращается к потенциальной подруге в извиняющейся манере.

Почти все пациенты с характерологическими расстройствами повторяют в саморазрушительной манере негативные паттерны своего детства. Они постоянно оказываются вовлечены в мысли, эмоции, паттерны поведения, которые запечатлевают их схемы. При этом они неосознанно продолжают воссоздавать в своей взрослой жизни именно те условия, которые сильнее всего травмировали их в детстве.

Исцеление схемы

Исцеление схемы — конечная цель схема-терапии. Поскольку схема представляет собой набор воспоминаний, эмоций, телесных ощущений и когниций, исцеление схемы включает в себя сокращение всего этого: интенсивности воспоминаний, связанных со схемой; эмоционального заряда схемы; силы телесных ощущений; проявления дезадаптивных когниций. Исцеление схемы также включает в себя изменение поведения, поскольку пациенты учатся заменять дезадаптивные копинговые стратегии адаптивными паттернами поведения. Таким образом, лечение включает в себя когнитивные, аффективные и поведенческие интервенции. По мере излечения схемы, ее активация становится все более и более редким явлением. Если же схема все-таки активируется, ее проявления становятся менее выраженными, и пациент быстрее восстанавливается после этого.

Процесс излечения схемы часто бывает трудным и продолжительным. Схему сложно изменить. Мы имеем дело с глубоко укоренившимися представлениями о себе и об окружающем мире, приобретенными в раннем детстве. Зачастую схемы существенно ограничивают мировоззрение человека и диапазон его реакций на жизненные события. Парадоксальным образом, пациенты воспринимают свои схемы как островок стабильности и предсказуемости. Пациенты сопротивляются отказу от схем, потому что они являются центральным элементом в их чувстве идентичности. Это ощущение мешает пациентам избавиться от схемы — им кажется, что знакомый и привычный мир при этом рухнет. В этом свете, сопротивление психотерапии является формой самосохранения, попыткой пациента сохранить чувство контроля и внутреннюю согласованность. Отказаться от своей схемы — значит отказаться от знаний о том, кто ты такой, и о том, как устроен мир.

Исцеление схемы требует от пациента готовности противостоять схеме и бороться с ней, что, в свою очередь, требует дисциплины и постоянной практики. Пациенты должны систематически наблюдать за схемой и ежедневно работать над ее изменением. Если схема не будет исправлена, она будет поддерживать сама себя. Психотерапия — это словно война со схемой, в которой психотерапевт и пациент формируют альянс союзников, чтобы победить схему и уничтожить ее. Однако эта цель обычно представляется недостижимым идеалом; большинство схем никогда не излечиваются полностью, поскольку мы не можем стереть из памяти пациента связанные с ними воспоминания.

Схемы никогда не исчезают насовсем. Скорее всего, после исцеления они активируются менее часто, и связанная с ними эмоциональная составляющая становится менее интенсивной и длится не так долго. Пациенты учатся реагировать на проявления своих схем здоровым образом. Они выбирают любящих партнеров и друзей, более положительно относятся к себе самим. В следующем разделе этой главы мы приведем обзор нашего подхода к исцелению схем.

ДЕЗАДАПТИВНЫЕ КОПИНГОВЫЕ СТРАТЕГИИ И РЕАКЦИИ

Пациенты вырабатывают дезадаптивные копинговые стратегии и реакции с раннего возраста, чтобы адаптироваться к схемам и не испытывать чересчур интенсивных, подавляющих эмоций, которые обычно вызывают схемы. Однако важно помнить, что, хотя копинговые стратегии иногда помогают пациенту избежать схемы, они не излечивают от нее. Таким образом, дезадаптивные копинговые стратегии участвуют в процессе сохранения схемы.

Схема-терапия различает собственно схему и стратегии, которые человек применяет, чтобы совладать с ней. В нашей модели схема включает в себя воспоминания, эмоции, телесные ощущения и когниции, но не поведенческие реакции человека. *Поведение не является частью схемы — это часть копинговой реакции.* Схема управляет поведением человека. Хотя большинство ответных реакций являются поведенческими, в копинговой реакции участвуют также когнитивные и эмоциональные стратегии. Независимо от того, как именно проявляется копинговая стратегия (через когниции, эмоции или поведение), она не является частью схемы.

Причина, по которой мы отделяем понятие схемы от понятия копинговой стратегии, заключается в том, что для борьбы с одной и той же схемой пациентам свойственно использовать различные копинговые стратегии в разных ситуациях и на разных этапах жизни. Таким образом, копинговые стратегии для одной и той же схемы необязательно остаются стабильными с течением времени, тогда как сама схема остается прежней. Кроме того, разные пациенты используют широко различающиеся, даже противоположные, виды поведения, чтобы совладать с одной и той же схемой.

Например, рассмотрим троих пациентов, которые используют типичные копинговые стратегии для преодоления своей схемы Дефективности/Стыдливости, прибегая к различным механизмам. Хотя все трое находят в себе недостатки, один выбирает критически настроенных партнеров и друзей, другой избегает сближения с кем-либо, а третий сам занимает позицию критика, демонстрируя свое превосходство над окружающими. Таким образом, налицо несоответствие между схемой и копинговой стратегией, направленной на совладание с ней.

Дезадаптивные копинговые стратегии

Для всех живых существ характерны три основных вида реакции на угрозу: сражаться, бежать или замереть. Они соответствуют трем копинговым стратегиям со схемой: *гиперкомпенсация, избегание* и *капитуляция.* В широком смысле борьба — это гиперкомпенсация, бегство — избегание, а замирание — капитуляция.

В детстве ранняя дезадаптивная схема отражает наличие угрозы. Угроза заключается во фрустрации одной из основных эмоциональных потребностей ребенка (в надежной привязанности, в автономии, в свободном самовыражении, в спонтанности и игре, в реалистичных границах). Угроза может также включать в себя страх перед интенсивными эмоциями, которые вызывает схема. Столкнувшись с угрозой, ребенок может ответить одним из этих трех копинговых стратегий или их сочетанием: он может

подчиниться, избежать или гиперкомпенсировать ее. Эти три копинговые стратегии, как правило, функционируют неосознанно, т.е. бессознательно. В любой отдельно взятой ситуации ребенок, вероятно, будет использовать только один из них, но может демонстрировать разные копинговые стратегии в разных ситуациях или с разными схемами. (Ниже приведены примеры этих трех стилей.)

Таким образом, триггерами схемы выступают угроза фрустрации базовых эмоциональных потребностей и сопутствующие ей эмоции, на которые человек реагирует посредством проявления той или иной копинговой стратегии. Эти копинговые стратегии обычно адаптивны в детстве и могут рассматриваться как здоровые механизмы выживания. Но они становятся дезадаптивными, когда ребенок взрослеет, поскольку копинговые стратегии продолжают подкреплять схему, даже когда условия окружающей среды меняются и у человека появляется возможность выбрать более адекватные и эффективные варианты поведения. Дезадаптивные копинговые стратегии в конечном итоге удерживают пациентов в оковах их схем.

Капитуляция перед схемой

Уступая схеме, пациенты капитулируют перед ней, сдаются. Они не пытаются избежать ее или бороться с ней. Они признают, что схема верна. Они испытывают эмоциональную боль от схемы, но делают все, чтобы подкрепить ее. Не осознавая этого, они повторяют паттерны поведения, управляемые схемой, и поэтому, будучи взрослыми, продолжают испытывать переживания детства, которые привели к формированию схемы. Когда они сталкиваются с триггерами схемы, их эмоциональные реакции неадекватны, и они переживают свои эмоции осознанно и в полном объеме. На уровне поведения они выбирают партнеров, которые, скорее всего, будут относиться к ним так же, как обижавший их в детстве родитель. Именно так это происходило у Натали, пациентки с депрессией, которую мы описывали выше, и которая выбрала себе в мужья эмоционально холодного мужчину — Пола. Часто они пассивно взаимодействуют с партнерами, подчиняясь их воле, и это подкрепляет схему. В терапевтических отношениях эти пациенты также могут пытаться воспроизвести свою схему, беря на себя роль "ребенка", а психотерапевту отводя роль "обижающего родителя".

Избегание схемы

Используя избегание как копинговую стратегию, пациенты пытаются организовать свою жизнь таким образом, чтобы схема никогда не активировалась. Они пытаются жить без осознания факта наличия схемы, как будто ее вовсе не существует. Они стараются не думать о схеме, подавляя мысли и образы, которые могут запустить ее. Когда такие мысли или образы все же появляются в их сознании, они отвлекаются или стараются заглушить их. Они стараются избегать чувств, связанных со схемой, и когда такие чувства возникают, инстинктивно их отталкивают. Такие люди могут злоупотреблять алкоголем, принимать наркотики, вести беспорядочную половую жизнь, переедать, превращать уборку в навязчивое действие, искать стимуляции извне или становиться трудоголиками. Взаимодействуя с окружающими, они могут казаться абсолютно нормальными. Такие люди обычно избегают ситуаций, которые могут спровоцировать ак-

тивацию схемы, например, близких отношений или трудностей на работе. Многие пациенты избегают целых областей жизни, в которых чувствуют свою уязвимость. Часто они избегают вовлечения в процесс психотерапии; например, такие пациенты могут "забывать" выполнять домашние задания, подавлять свои чувства, затрагивать только поверхностные вопросы, опаздывать на сеансы психотерапии или преждевременно прекращать терапию.

Гиперкомпенсация схемы

Когда пациенты прибегают к гиперкомпенсации, они борются со схемой, думая, чувствуя и ведя себя таким образом, как если бы истина представляла собой нечто, прямо противоположное схеме. Они стремятся максимально отличаться от самих себя в детском возрасте, когда была сформирована схема. Если они чувствовали себя бесполезными в детстве, то, став взрослыми, стараются быть идеальными. Если в детстве их излишне контролировали, то, повзрослев, они контролируют других или отвергают все формы влияния. В случае жестокого обращения, они сами бездушно обращаются с людьми. Столкнувшись со схемой, они применяют принцип "лучшая защита — это нападение". На первый взгляд, они уверены в себе, но сами они чувствуют постоянное давление со стороны схемы — пороховой бочки, угрожающей взорваться в любой момент времени.

Гиперкомпенсация может рассматриваться как отчасти здоровая попытка противостоять схеме, которая, к сожалению, реализуется в чрезмерной форме и поэтому скорее подкрепляет схему, чем излечивает ее. Зачастую "гиперкомпенсаторы" выглядят вполне здоровыми. Фактически, многие из людей, вызывающих восхищение в обществе (звезды кино и музыки, политические лидеры, бизнес-магнаты), являются гиперкомпенсаторами. Бороться со схемой подобным образом целесообразно до тех пор, пока поведение человека соответствует ситуации, учитывает чувства других людей и может привести (по реалистичным оценкам) к желаемому результату. Но гиперкомпенсаторы обычно попадают в ловушку собственной контратаки — их поведение чрезмерно, не учитывает чувств окружающих или является непродуктивным.

Например, пациентам со схемой Подчинения полезно проявлять больше контроля в собственной жизни; но, гиперкомпенсируя, они становятся *слишком* контролирующими, властными и в конечном счете отталкивают окружающих. Гиперкомпенсирующий пациент со схемой подчинения не может позволить другим взять на себя инициативу, даже если это было бы полезным в данной ситуации. Аналогичным образом, пациентам со схемой Эмоциональной депривированности полезно обращаться к другим людям за эмоциональной поддержкой, но пациенты со гиперкомпенсацией схемы эмоциональной депривации заходят слишком далеко и становятся требовательными, считая, что у них есть некие особые права.

Гиперкомпенсация развивается потому, что она предоставляет собой альтернативу боли, вызванной схемой. Это средство избавления от чувств беспомощности и уязвимости, которые пациент испытывал в процессе взросления. Например, нарциссические гиперкомпенсации, как правило, помогают пациентам совладать с базовыми схемами Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости. Вместо того

чтобы чувствовать себя игнорируемыми и отторгаемыми, они испытывают чувство того, что они особенные, лучше других. Нарциссические пациенты могут быть вполне успешными во внешнем мире, но их внутренний мир лишен покоя. Гиперкомпенсация изолирует их от других людей, и в конечном итоге приносит им несчастье. Они продолжают осуществлять гиперкомпенсацию схемы, даже когда это отталкивает от них людей. При этом они теряют способность устанавливать глубокие связи с окружающими. Они так поглощены своей целью — казаться идеальными, — что утрачивают способность к истинной близости в отношениях. Независимо от того, сколько усилий они прилагают, чтобы быть безупречными, в конце концов они обязательно потерпят неудачу в чем-нибудь, но при этом вряд ли смогут конструктивно справиться с поражением. Они не могут принять на себя ответственность за свои неудачи или признать границы своих возможностей, поэтому им трудно учиться на своих ошибках. Когда они переживают достаточно сильные неудачи, их способность к гиперкомпенсации рушится, и они часто декомпенсируются за счет развития клинической депрессии. Когда гиперкомпенсация не удается, базовые схемы подкрепляются с огромной эмоциональной силой.

Мы предполагаем, что темперамент является одним из основных факторов, определяющих то, почему у людей развиваются именно такие копинговые стратегии, а не другие. Более того — темперамент определяет копинговые стратегии, вероятно, в большей мере, чем схемы. Например, люди с пассивным темпераментом с большей степенью вероятности прибегнут к стратегии “избежать или уступить”, тогда как люди с агрессивным темпераментом более склонны к гиперкомпенсации. Другим фактором, объясняющим, почему пациенты выбирают ту или иную копинговую стратегию, является *избирательная интернализация*, или *моделирование*. Дети часто создают для себя модель копингового поведения родителя, с которым они себя идентифицируют.

Более подробно мы рассмотрим копинговые стратегии в главе 5.

Копинговые реакции

Копинговые реакции — это *конкретные* паттерны поведения или стратегии, посредством которых выражаются три основных копинговые стратегии. Они включают в себя реакции на угрозу, имеющиеся в поведенческом репертуаре человека, — все уникальные способы, с помощью которых пациент проявляет гиперкомпенсацию схемы, избегание схемы или капитуляцию перед схемой. Когда определенные копинговые реакции человека входят в привычку, они формируют его копинговые стратегии. Таким образом, копинговая стратегия — это характерная черта, а копинговая реакция — это состояние. Копинговая стратегия — это совокупность копинговых реакций, которые человек обычно проявляет, чтобы избегать схемы, подчиняться схеме или гиперкомпенсировать схему. Копинговая реакция — это конкретные паттерны поведения (или стратегия поведения), которые человек проявляет в данный момент времени. Например, рассмотрим пациента, который в той или иной мере использует избегание в любой ситуации, в которой активируется его схема Покинутости/Нестабильности. После того как его девушка заявила, что порвет с ним, он вернулся домой и пил пиво, пока не отключился. В этом примере избегание — это *копинговая стратегия* пациента

со схемой Покинутости/Нестабильности; употребление большого количества алкоголя было его *копинговой реакцией* в данной ситуации с девушкой. (Мы обсудим эти различия в следующем разделе, посвященном режимам функционирования схем.)

В табл. 1.3 приведены примеры дезадаптивных копинговых реакций для каждой схемы. Большинство пациентов применяют некую комбинацию различных копинговых реакций и стратегий. Иногда они сдаются, иногда избегают, а иногда гиперкомпенсируют.

Схемы, копинговые реакции и диагнозы оси II

Мы полагаем, что ось II в диагностической системе DSM-IV имеет серьезные недостатки. Мы уже рассмотрели (*Young & Gluhoski, 1996*) ее многочисленные ограничения, в том числе низкую надежность и валидность для многих категорий и недопустимую степень пересечения категорий. В этой главе мы еще раз обращаем внимание на то, что мы считаем наиболее фундаментальными концептуальными недостатками оси II. Мы полагаем, что, стремясь установить критерии, основанные на наблюдаемых проявлениях поведения, создатели системы потеряли из виду суть отличия расстройств оси I от расстройств оси II, а также суть того, что делает хронические расстройства трудными для лечения.

Согласно нашей модели, в основе расстройств личности лежат внутренние схемы, а поведенческие паттерны в DSM-IV являются, в первую очередь, реакциями на базовые схемы. Как мы уже не раз подчеркивали, исцеление схем должно быть главной целью психотерапии при работе с пациентами на характерологическом уровне. Устранение дезадаптивных копинговых реакций практически невозможно без изменения схем, управляющих ими. Кроме того, поскольку копинговые стратегии не так стабильны, как схемы, они меняется в зависимости от схемы, жизненной ситуации и стадии жизни пациента; симптомы (или диагноз) будут изменяться при попытке человека изменить схемы.

Для большинства категорий DSM-IV копинговое поведение *тождественно* личностному расстройству. Многие диагностические критерии представляют собой просто списки копинговых реакций. Теория схем, напротив, описывает хронические, устойчивые характерологические паттерны с точки зрения как схем, так и копинговых реакций; она устанавливает связь схем и копинговых реакций с их источниками в раннем детстве пациента, и она позволяет установить четкие и понятные цели лечения. Кроме того, каждый пациент рассматривается как личность, обладающая уникальной комбинацией характеристик, включающей в себя различные схемы и копинговые реакции, и все они проявляются с разной степенью интенсивности, а не объединяются в универсальную категорию оси II.

ТАБЛИЦА 1.3. Примеры дезадаптивных копинговых реакций

Ранняя дезадаптивная схема	*Капитуляция*	*Избегание*	*Гиперкомпенсация*
Покинутости/ Нестабильности	Выбирают партнеров, которые не могут быть верными, и поддерживают отношения с ними	Избегают близких отношений; склонны напиваться в одиночестве	Цепляются за партнеров и создают им невыносимые условия, пока те сами не сбегают; яростно нападают на партнеров даже за краткие расставания
Недоверия/ Ожидания жестокого обращения	Выбирают партнеров-абьюзеров, которым разрешают жестоко обращаться с собой	Избегают проявлять свою уязвимость и кому-то доверять; хранят секреты	Используют окружающих и злоупотребляют их добротой ("или ты, или тебя")
Эмоциональной депривированности	Выбирают эмоционально холодных партнеров, которым не сообщают о своих потребностях	Избегают близких отношений	Выдвигают завышенные требования к эмоциональности друзей и партнеров
Дефективности/ Стыдливости	Выбирают критически настроенных и не принимающих их друзей; ругают и принижают сами себя	Избегают выражения истинных мыслей и чувств, не подпускают никого близко к себе	Критикуют и отвергают других, чтобы казаться идеальными
Социальной отчужденности	В социальных ситуациях сосредоточены, в первую очередь, на своих различиях с другими людьми, а не на схожести	Избегают социальных ситуаций и групп	Адаптируются к любым условиям, лишь бы вписаться в социальную группу
Зависимости/ Беспомощности	Просят значимых других (партнеров, супругов) самим решать все финансовые вопросы	Избегают новых трудностей, таких как, например, обучение вождению	Становятся столь самонадеянными, что не спрашивают никого ни о чем ("контрзависимость")
Уязвимости	Читают любые статьи о катастрофах во всех подробностях и ожидают катастроф в повседневных ситуациях	Избегают посещать места, которые не кажутся абсолютно безопасными	Действуют безрассудно, пренебрегая опасностью ("контрафобия")
Запутанности/ Неразвитой идентичности	Все рассказывают матери, даже будучи взрослыми; полностью "растворяются" в партнере и его интересах	Избегают близости; остаются независимыми	Пытаются во всем быть противоположностью своих значимых других

Окончание табл. 1.3

Ранняя дезадаптивная схема	***Капитуляция***	***Избегание***	***Гиперкомпенсация***
Неуспешности	Выполняют свои дела наполовину или занимаются ими бессистемно, хаотично	Полностью избегают трудностей в работе; откладывают выполнение дел	Постоянно загружают себя новой работой, непрерывно двигаются вперед
Привилегированности/ Грандиозности	Привлекают других к достижению собственных целей, хвастаются своими достижениями	Избегают ситуаций, в которых они оказываются наравне со всеми, не превосходят окружающих	Вовлечены исключительно в проблемы и потребности других людей
Недостаточности самоконтроля	Легко сдаются при выполнении рутинных заданий	Избегают работы или принятия на себя ответственности	Излишне контролируют и дисциплинируют сами себя
Покорности	Позволяют другим контролировать ситуации и делать выбор	Избегают ситуаций, которые могут спровоцировать конфликт с людьми	Восстают против авторитетов
Самопожертвования	Отдают многое другим и ничего не просят взамен	Избегают ситуаций, которые предполагают необходимость что-то отдать или взять	Дают другим как можно меньше
Поиска одобрения	Стараются произвести впечатление на других	Избегают взаимодействия с теми, чье одобрение желанно для них	Провоцируют неодобрение со стороны людей
Негативизма/ Пессимизма	Сосредоточены на негативе; игнорируют положительные моменты; постоянно волнуются; идут на многое, чтобы только избежать возможных негативных результатов	Употребляют алкоголь в больших количествах, чтобы избавиться от пессимистических чувств и горя	Чрезвычайно оптимистичны; отрицают неприятную реальность
Подавления эмоций	Всегда остаются спокойными, эмоционально ровными	Избегают ситуаций, в которых люди обсуждают или выражают свои чувства	Пытаются стать "душой компании", даже если со стороны это выглядит наигранным и странным
Жестких стандартов/ Придирчивости	Уделяют чрезмерно много времени тому, чтобы стать идеальными	Избегают или откладывают ситуации и задания, предполагающие последующую оценку качества их выполнения	Совершенно не заботятся о стандартах — выполняют задания поспешно, не заботясь о результате
Пунитивности	Относятся к себе и другим людям в резкой, карательной манере	Избегают других людей из-за страха наказания	Прощают все и всем

РЕЖИМЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СХЕМ

Концепция режимов функционирования схем (далее — режимов) — вероятно, наиболее сложная часть теории схем, поскольку она охватывает множество составляющих. Режимы функционирования схем — это изменчивые эмоциональные состояния и копинговые реакции (адаптивные и дезадаптивные), которые мы все переживаем. Триггерами наших режимов являются ситуации, в отношении которых мы обладаем повышенной чувствительностью (наши "эмоциональные кнопки"). В отличие от других элементов схемы, в данном случае нас интересуют как адаптивные, так и дезадаптивные режимы. Фактически, наша попытка помочь пациентам переключиться с дисфункционального режима на здоровую представляет собой часть процесса психотерапии.

В любой момент времени какие-то из наших схем или проявлений схемы (включая наши копинговые реакции) неактивны или находятся в латентном состоянии, в то время как другие активируются жизненными событиями и преобладают в наших текущих настроениях и поведении. Преобладающее состояние, в котором мы находимся в конкретный момент времени, называется нашим режимом. Мы используем термин "переключение" для обозначения смены режимов. Как мы уже говорили, эти состояния могут быть адаптивными или дезадаптивными. Все мы время от времени переключаемся из одного режима в другой. Таким образом, режим — это ответ на вопрос "Какой набор схем или проявлений схемы присутствует у пациента в данный момент времени?"

Наше пересмотренное определение режима функционирования схемы таково: это те схемы или проявления схемы (адаптивные или дезадаптивные), которые в настоящее время активированы у человека. *Дисфункциональный режим* активируется, когда конкретные дезадаптивные схемы или копинговые реакции превращаются в тревожные мысли, реакции избегания или саморазрушительные формы поведения, которые начинают контролировать образ действий человека. Человек может перейти от одного дисфункционального режима к другому; по мере того как происходит этот переход, активируются различные схемы или копинговые реакции, которые не проявлялись ранее.

Дисфункциональные режимы функционирования схемы как диссоциативные состояния

Если подходить к этому вопросу с другой стороны, можно сказать, что дисфункциональный режим функционирования схемы — это аспект личности человека, включающий в себя конкретные схемы или проявления схемы, которые не были полностью интегрированы с другими аспектами личности. В соответствии с таким подходом, схемные режимы различаются между собой по степени того, насколько конкретное состояние, вызванное схемой, стало диссоциированным, или отрезанным, от других режимов конкретного человека. Следовательно, дисфункциональный режим — это часть личности, которая в некоторой степени отрезана от других ее частей.

Дисфункциональные режимы могут быть описаны с точки зрения их положения на *спектре* диссоциации. Уровень диссоциации понижается, если человек в состоянии

одновременно испытывать более одного режима или испытывать несколько режимов параллельно друг другу. Мы обычно называем эту мягкую форму режима функционирования схемы нормальным изменением настроения, — например, когда человек вдруг почувствовал себя одиноким или разозлился. На самом высоком уровне диссоциации находится пациент с диссоциативным расстройством идентичности (или расстройством множественной личности). В таком случае пациент, находясь в одном режиме, может даже не подозревать о существовании других режимов; в крайних случаях пациент с диссоциативным расстройством идентичности может даже давать разные имена каждому из своих режимов. Позже мы более подробно обсудим эту концепцию режимов как диссоциативных состояний.

На данный момент, мы определили десять режимов функционирования схемы, хотя в будущем, несомненно, будет выявлено большее их количество. Они сгруппированы в четыре основные категории: *детские режимы*, *дезадаптивные копинговые режимы*, *дисфункциональные родительские режимы*, *режим Здорового взрослого*. Одни режимы полезны для человека, другие — дезадаптивны и неконструктивны. Мы подробно остановимся на этих десяти режимах в следующем разделе.

Одна из важных целей схема-терапии — научить пациентов укреплять свой режим Здорового взрослого, чтобы они могли научиться самостоятельно выявлять, корректировать, смягчать или же нейтрализовать собственные дисфункциональные режимы.

Развитие концепции режимов

Концепция режимов функционирования схемы возникла в результате нашей работы с пациентами, страдающими от пограничного расстройства личности (ПРЛ), хотя теперь мы применяем ее и ко многим другим диагностическим категориям. Одна из проблем, с которыми мы сталкивались при использовании модели схемы в случае с пациентами с пограничными расстройствами личности, заключалась в том, что количество свойственных таким пациентам схем и копинговых реакций было поистине огромным (как для самих пациентов, так и для психотерапевта!), что не позволяло эффективно работать со всем этим набором параметров одновременно. Например, по результатам заполнения опросника "Методика ранних дезадаптивных схем Янга" пациентами с ПРЛ было обнаружено, что они нередко получают высокие баллы почти по всем 16 оцениваемым схемам. Мы пришли к выводу о необходимости введения новой единицы анализа, более крупной, чем схема, которая облегчила бы нашу работу.

Первоначальная модель схемы проблематична при работе с пациентами с ПРЛ также потому, что они постоянно переходят из одного крайнего эмоционального состояния (или копинговой реакции) к другому: в один момент они злятся; через минуту могут быть грустными, отстраненными, избегающими, отчужденными, напуганными, импульсивными или преисполненными ненавистью к себе. Наша первоначальная модель не позволяла в полной мере объяснить подобную смену состояний, поскольку она была сосредоточена в основном на концепциях характерных черт личности — схемах или копинговых стратегиях.

Давайте более подробно остановимся на этом различии между состоянием и характерной чертой, поскольку оно имеет отношение к теории схемы. Утверждая, что у че-

ловека есть какая-то схема, мы не имеем в виду, что она активирована в текущий момент времени. Скорее, схема — это черта, которая может активироваться, а может и не активироваться в отдельно взятый момент. Аналогичным образом, у людей есть присущие им копинговые стратегии, которые они могут в данный момент использовать или не использовать. Таким образом, наша первоначальная модель черт сообщала нам о функционировании пациента на протяжении некоего периода времени, но не предоставляла информации о его текущем состоянии. Поскольку пациенты с ПРЛ крайне лабильны, при их лечении мы решили отойти от модели черт и перейти к модели состояний, используя режимы функционирования схем в качестве основного понятийного конструкта.

Внимательно наблюдая за отдельными пациентами, мы видим, что их схемы и копинговые реакции имеют тенденцию группироваться и интегрироваться в определенные аспекты их личности. Определенные кластеры схем или копинговых реакций запускаются вместе. Например, в случае режима Уязвимого ребенка это комплекс ощущений беспомощного ребенка — уязвимого, напуганного и расстроенного. Когда пациент находится в этом режиме, схемы Покинутости/Нестабильности, Эмоциональной депривированности и Уязвимости могут быть активированы одновременно. Режим Сердитого ребенка часто представлена эмоциями разозлившегося ребенка с его детскими выходками и истериками. Режим Отстраненного защитника характеризуется отсутствием эмоций в сочетании с высоким уровнем избегания. Таким образом, некоторые из режимов состоят в основном из схем, в то время как другие представляют собой прежде всего копинговые реакции.

У каждого пациента проявляются те или иные характерные режимы функционирования схем, под которыми мы подразумеваем характерные группы схем или копинговых реакций. Аналогичным образом, некоторые диагнозы оси II могут быть описаны в терминах их типичных режимов. Например, пациент с ПРЛ обычно демонстрирует четыре режима, резко переходя от одного к другому. В один момент он находится в режиме Покинутого ребенка, переживая боль, вызванную своей схемой; затем может сразу переключиться в режим Сердитого ребенка, выражая свой гнев; затем — в режим Наказывающего критика, который отталкивает Покинутого ребенка; и, наконец, — в Отстраненного защитника, не допускающего эмоциональных проявлений и дистанцировавшегося от окружающих, чтобы защитить себя.

Режимы как диссоциативные состояния

Мы упоминали о том, что наша концепция режимов функционирования схем соотносится со спектром диссоциативных состояний. Отдавая себе отчет в некоторой противоречивости таких диагнозов, мы все же рассматриваем разные личности пациентов с ПРЛ как крайние формы дисфункциональных режимов. Различные части их "Я" образовали отдельные личности, которые зачастую не знают о существовании друг друга и могут иметь разные имена, возраст, пол, черты, воспоминания и функции. Диссоциированная идентичность таких пациентов обычно состоит из травмированного ребенка; интернализированного родителя, который обижает, критикует или наказывает ребенка; и "почти взрослого" копингового режима, который каким-то образом

защищает или блокирует режим Ребенка. Мы полагаем, что диссоциированная идентичность при расстройстве множественной личности отличается от режимов пациентов с пограничным расстройством личности в основном с точки зрения количества личностей пациента и степени их выраженности. Как расстройство множественной личности, так и "пограничные" режимы — это части разделенного "Я", но "пограничные" режимы не настолько отделены от основной личности. Кроме того, у пациентов с диссоциативным расстройством личности обычно больше режимов, чем у пациентов с пограничным расстройством личности, поскольку у них часто имеется более одного режима каждого типа (например, три режима Уязвимого ребенка, каждая из которых имеет свой возраст).

У психологически здорового человека также присутствуют режимы, но они не нарушают целостности его идентичности. У здорового человека может быть отстраненное, разгневанное или грустное настроение в ответ на меняющиеся обстоятельства, но эти режимы будут отличаться от "пограничных" режимов в нескольких важных аспектах. Во-первых, как мы уже говорили, нормальные режимы менее диссоциированы, чем "пограничные", т.е. в меньшей степени отделены от личности человека. Здоровые люди могут испытывать больше одного режима одновременно. Например, они могут быть одновременно грустными и счастливыми вследствие события, вызывающего ощущение "горькой радости". Напротив, когда мы говорим о "пограничном" режиме, то имеем в виду часть "Я", которая была отделена от других его частей (например, человек чрезвычайно напуган или страшно разгневан). Во-вторых, нормальные режимы менее ригидны, более гибки и открыты к переменам, чем режимы пациентов с серьезными характерологическими проблемами. Если использовать терминологию Пиаже, можно сказать, что они в большей степени способны к аккомодации в ответ на обстоятельства (*Piaget, 1962*).

Подводя итог, можно сказать, что режимы функционирования схем варьируются в зависимости от индивидуальных особенностей человека по нескольким параметрам.

Диссоциация ↔ Интеграция
Неосознанность ↔ Осознанность
Дезадаптивность ↔ Адаптивность
Экстремальность ↔ Умеренность
Ригидность ↔ Гибкость
Чистота ↔ Смешанность

Еще одно различие между практически здоровыми людьми и людьми с более выраженными патологиями заключается в силе и эффективности их режима Здорового взрослого. Хотя у всех нас имеется режим Здорового взрослого, она чаще активируется у психологически здоровых людей. Режим Здорового взрослого способен регулировать и исцелять дисфункциональные режимы. Например, когда психологически здоровые люди гневаются, их режим Здорового взрослого обычно удерживает агрессивные эмоции и агрессивное поведение от выхода из-под контроля. Напротив, пациенты с ПРЛ, как правило, имеют ослабленный режим Здорового взрослого, поэтому при срабатывании режима Сердитого ребенка у них отсутствует уравновешивающая сила. Гнев практически полностью овладевает личностью пациента.

Десять режимов функционирования схем

Мы определили десять режимов функционирования схем, которые можно сгруппировать в четыре общие категории: *детские режимы, дезадаптивные копинговые режимы, дисфункциональные родительские режимы, режим Здорового взрослого.*

Мы считаем, что детские режимы являются врожденными и универсальными. Все дети рождаются с потенциалом проявления этих режимов. Мы определили четыре режима в рамках этой категории: Уязвимый ребенок, Сердитый ребенок, Импульсивный/недисциплинированный ребенок, Счастливый ребенок. (Эти названия общие — в ходе процесса психотерапии мы индивидуализируем их совместно с пациентами. Так, мы можем придумать конкретное имя для режима Уязвимого ребенка, например "Маленькая Энн" или "Покинутая Кэрол".)

Именно в режиме Уязвимого ребенка обычно переживается большинство базовых схем: покинутый ребенок, подвергшийся насилию ребенок, депривированный ребенок, отверженный ребенок. Сердитый ребенок — это та часть личности, которая крайне возмущена тем, что ее эмоциональные потребности не удовлетворены, и действует в гневе, не обращая внимания на последствия. Импульсивный/недисциплинированный ребенок выражает эмоции и действует в соответствии со своими прихотями, безрассудно следуя своим личным предпочтениям без учета возможных последствий для себя и других. Счастливый ребенок — этот тот, чьи основные эмоциональные потребности в настоящее время удовлетворены.

Мы выделили три дисфункциональных копинговых режима: Послушный капитулянт, Отстраненный защитник, Гиперкомпенсатор. Эти три режима соответствуют трем копинговым стратегиям со схемами капитуляции, избегания и гиперкомпенсации соответственно. (Опять-таки, во время сеансов психотерапии мы адаптируем название режима таким образом, чтобы оно соответствовало чувствам и поведению конкретного пациента.) Послушный капитулянт поддается схеме, снова становясь пассивным, беспомощным ребенком, который должен уступать другим. Отстраненный защитник избавляется от психологической боли с помощью схемы эмоционального дистанцирования, злоупотребления алкоголем или наркотиками, поиска стимуляции для самого себя, избегания общества других людей или других форм "побега". Гиперкомпенсатор идет по пути жестокого обращения с людьми либо прибегает к экстремальному поведению в попытке опровергнуть схему, что в конечном итоге оказывается дисфункциональным (мы приводили примеры гиперкомпенсации выше в этой главе). Все три дезадаптивных копинговых режима в результате сохраняют и подкрепляют схему.

На данный момент мы выделили два дисфункциональных родительских режимов: Наказывающий критик и Требовательный критик. В этих режимах пациент становится похожим на интернализированного родителя. Наказывающий критик наказывает режим "плохого" ребенка, а Требовательный критик оказывает на ребенка постоянное давление, чтобы заставить его соответствовать чрезмерно высоким стандартам. Десятый режим, как было описано ранее, — Здоровый взрослый. Это режим, который мы пытаемся укрепить в процессе психотерапии, обучая пациента приемам регуляции, смягчения или исцеления своих схем.

ОЦЕНКА СХЕМЫ И ЕЕ ИЗМЕНЕНИЕ

В этом кратком обзоре процесса работы со схемой представлены этапы оценивания и изменения схем. Каждый из этих этапов подробно описан в последующих главах.

Этап диагностики и психообразования

На первом этапе работы психотерапевт помогает пациентам выявить их схемы и понять источники их происхождения, уходящие корнями в детство и подростковый возраст. В процессе оценки схемы терапевт дает пациенту информацию о выявленной модели схемы. Пациенты учатся самостоятельно распознавать свои дезадаптивные копинговые стратегии (капитуляция, избегание или гиперкомпенсация) и понимать, каким образом их копинговые реакции способствуют сохранению и подкреплению их схем. Пациентам с более тяжелыми нарушениями мы также рассказываем об их основных режимах функционирования схем и помогаем им понять, каким образом они переключаются от одного режима к другому. Мы хотим, чтобы пациенты отчетливо осознавали проявления своих схем и эмоционально переживали эти процессы.

Процесс диагностики является многогранным, он включает в себя сбор анамнеза пациента, заполнение различных схемных опросников, задания по самоконтролю, а также упражнения с воображением, которые эмоционально запускают схемы и помогают пациентам устанавливать эмоциональные связи между текущими проблемами и связанными с ними событиями детства. К завершению этого этапа работы психотерапевт и пациент разрабатывают детальную характеристику данного конкретного случая и согласовывают план дальнейшего лечения, основанный на схема-терапии, который включает в себя когнитивные, экспериенциальные и поведенческие стратегии, а также способствующие исцелению компоненты терапевтических отношений.

Этап изменения

На протяжении этапа изменения, психотерапевт неделя за неделей применяет те или иные комбинации когнитивных, поведенческих, межличностных и экспериенциальных стратегий, подбирая их на основе потребностей пациента. Психотерапевт не придерживается жесткого протокола или определенного заранее набора процедур.

Когнитивные техники

До тех пор, пока пациенты считают, что их схемы действенны, они не могут их изменить и будут продолжать поддерживать искаженное восприятие себя и других. Пациентам необходимо учиться выстраивать оборону против схем: они должны опровергнуть обоснованность схемы на рациональном уровне, а также перечислить все обстоятельства на протяжении своей жизни, подтверждающие или опровергающие действенность схемы. Затем они с психотерапевтом вместе оценивают эти "улики".

В большинстве случаев озвученные пациентом воспоминания демонстрируют ошибочность его схемы. Пациент начинает понимать, что он сам по себе не является де-

фектным, некомпетентным или неудачливым. Он осознает, что в детстве его попросту научили соответствующей схеме (уместно сравнение с воздействием пропаганды на население). Но иногда одних только воспоминаний недостаточно, чтобы опровергнуть схему. Например, пациенты могут на самом деле претерпевать неудачи на работе или в учебе, поскольку в результате паттернов прокрастинации или избегания они не развили необходимых навыков. Если имеющихся свидетельств недостаточно для того, чтобы оспорить схему, пациенты оценивают, что они могут сделать для изменения этого аспекта своей жизни. Например, психотерапевт может помочь им в борьбе со своим ожиданием неизбежной неудачи, чтобы они смогли успешно освоить профессиональные навыки.

Выполнив это задание, психотерапевт и пациент подводят итоги аргументов "за" и "против" схемы, составляя так называемую копинг-карточку. Пациенты держат эти копинг-карточки при себе и периодически перечитывают их, особенно когда сталкиваются с триггерами своих схем.

Экспериенциальные техники

Пациенты борются со схемой на эмоциональном уровне. Используя экспериенциальные техники, такие как представление образов и диалогов, они выражают гнев и грусть по поводу того, что случилось с ними, когда они были детьми. Они представляют себе, как противостоят родителю и другим значимым для них в детстве людям и как защищают и утешают своего внутреннего уязвимого ребенка. Пациенты говорят о том, что им было нужно, но чего они не получили от родителей, когда были детьми. Они связывают образы детства с образами неприятных ситуаций в своей нынешней жизни. Они противостоят непосредственно схеме, борются с ней и стараются опровергнуть ее. Пациенты прорабатывают общение со значимыми людьми из своей нынешней жизни посредством образов и ролевых игр — это позволяет им разрушить цикл подкрепления схемы на эмоциональном уровне.

Поведенческие техники прерывания паттернов

Психотерапевт помогает пациенту разрабатывать домашние задания, основанные на работе с поведением, чтобы заменить дезадаптивные копинговые реакции новыми, более адаптивными паттернами поведения. Пациент приходит к пониманию того, каким образом выбор определенного типа партнеров или определенные жизненные решения подкрепляют схему, и начинает принимать более здоровые решения, которые прерывают старые, саморазрушительные паттерны поведения.

Психотерапевт помогает пациенту планировать и выполнять домашние задания, практикуя новые модели поведения в воображении или в ролевых играх во время сеанса. Психотерапевт использует копинг-карточки и работу с воображением, чтобы помочь пациенту преодолеть препятствия на пути к изменению поведения. Выполнив задания, пациент обсуждает результаты с психотерапевтом, который оценивает, насколько хорошо он усвоил информацию. Пациент постепенно отказывается от дезадаптивных копинговых стратегий в пользу более адаптивных паттернов.

Большинство из этих дисфункциональных видов поведения, по сути, являются копинговыми реакциями в ответ на включение схемы. Эти реакции часто становятся главными препятствиями для излечения схемы. Пациенты должны быть готовы отказаться от своей дезадаптивной копинговой стратегии, чтобы измениться. Например, пациенты, которые продолжают подчиняться схеме — оставаясь в деструктивных отношениях или не устанавливая границ в личной или профессиональной жизни, — подкрепляют ее и не могут добиться значительного прогресса в лечении. Гиперкомпенсаторы могут не получить желаемого эффекта от лечения, поскольку вместо того, чтобы признать свои схемы и принять на себя ответственность за свои проблемы, обвиняют других. Или они могут быть слишком озабочены гиперкомпенсацией — работать усерднее, улучшать самих себя, производить впечатление на других, — чтобы выявить свои схемы и приступить к их устранению.

Пациенты с поведением избегания могут не достичь прогресса в лечении по причине избегания боли, причиняемой схемами. Они не позволяют себе сосредоточиться на своих проблемах, прошлом, семье или образе жизни. Они отключают свои эмоции или приглушают их. Чтобы преодолеть избегание как копинговую стратегию, необходима мотивация. Поскольку избегание вознаграждается в краткосрочной перспективе, пациенты должны быть готовы терпеть дискомфорт и постоянно сталкиваться с долгосрочными негативными последствиями.

Терапевтические отношения

Психотерапевт оценивает и анализирует схемы, копинговые стратегии и режимы, проявляющиеся в терапевтических отношениях, и работает с ними. При этом терапевтические отношения сами по себе становятся частичным “противоядием” от схем пациента. Пациент воспринимает терапевта как “здорового взрослого”, который борется со схемами и ведет эмоционально здоровую и насыщенную жизнь.

Две особенности терапевтических отношений являются особенно важными элементами схема-терапии — это концепции *эмпатической конфронтации* и *замещающего (ограниченного) родительства*[4]. Эмпатическая конфронтация включает в себя проявление эмпатии к схемам пациентов, когда они возникают по отношению к терапевту, и одновременно наглядная демонстрация пациентам того, что их реакции на психотерапевта зачастую искажены или дисфункциональны, что отражается в их схемах и копинговых стратегиях. Замещающее родительство предполагает предоставление — в пределах терапевтических отношений — того, в чем пациенты нуждаются, но чего не получили от родителей в детстве. Мы подробно обсудим эти концепции позже.

---

[4] Термин *Limited Reparenting* обычно переводится с английского языка на русский как “ограниченное родительство” или “замещающее родительство”. Дж. Янг считает второй перевод более соответствующим смыслу подхода. В литературе можно встретить оба варианта перевода; в нашей книге мы используем термин “замещающее родительство”. — *Примеч. ред.*

СРАВНЕНИЕ СХЕМА-ТЕРАПИИ И ДРУГИХ МОДЕЛЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ

По мере развития теоретического и практического аспектов схема-терапии, психотерапевты, работающие в этом направлении, руководствуются философией открытости и интеграции. Они занимаются поиском эффективных решений, не беспокоясь о том, будет ли их работа отнесена к когнитивно-поведенческой, психодинамической или гештальт-терапии. Основное внимание уделяется тому, насколько существенны изменения в жизни пациентов. Такое отношение способствует выработке ощущения свободы — как у пациентов, так и у терапевтов — относительно того, что они обсуждают на сеансах, какие приемы используют, как реализуют выбранные приемы на практике. Кроме того, такая модель без проблем адаптируется к личному стилю работы психотерапевта.

Схема-терапия, однако, не является неким эклектичным видом психотерапии в том смысле, что она работает не наугад, не методом проб и ошибок. Она основана на теории, объединяющей ее элементы в единое целое. Ее теория и стратегии тесно переплетены в структурированную, систематизированную модель.

В результате этого модель схема-терапии пересекается со многими другими моделями психопатологии и психотерапии, включая следующие подходы: когнитивно-поведенческий, конструктивистский, психодинамический, а также теорию объектных отношений и гештальт-терапию. Но, несмотря на то, что некоторые аспекты схема-терапии пересекаются с другими моделями, модель схем имеет несколько важных отличительных черт. Хотя теория схем и содержит концепции, аналогичные тем, которые существуют во многих других психологических школах, ни одна школа не совпадает со схема-терапией полностью.

В этом разделе мы опишем некоторые ключевые сходства и различия между схема-терапией и современными формулировками когнитивной терапии по Беку. Мы также вкратце рассмотрим ряд других психотерапевтических подходов, которые пересекаются со схема-терапией в важных аспектах.

"Переформулированная" модель Бека

Бек и его коллеги (*Beck et al., 1990; Alford & Beck, 1997*) пересмотрели подход когнитивной терапии, адаптировав его для лечения расстройств личности. Личность определяется ими как "специфические паттерны социальных, мотивационных и когнитивно-аффективных процессов" (*Alford & Beck, 1997, p. 25*). Личность включает в себя паттерны поведения, мыслительные процессы, эмоциональные реакции и мотивационные потребности.

Личность определяется "идиосинкратическими структурами", или схемами, которые являются ее базовыми составляющими. Олфорд и Бек полагают, что понятие схемы может "предоставить общий язык для облегчения интеграции определенных психотерапевтических подходов" (*Alford & Beck, 1997, p. 25*). Согласно модели Бека, "базовое убеждение" представляет собой значение, или когнитивное содержание, схемы.

Бек также разработал собственную концепцию *модальности* (*Beck, 1996*). Модальность — это интегрированная сеть когнитивных, аффективных, мотивационных и поведенческих составляющих. Модальность может содержать множество когнитивных схем. Модальности мобилизуют людей с помощью интенсивных психологических реакций. Они ориентированы на достижение определенных целей. Как и схемы, модальности в основном являются автоматическими и требуют активации. У людей с когнитивной уязвимостью, которые подвергаются воздействию соответствующих стрессовых факторов, могут развиться симптомы, связанные с модальностью.

По мнению Бека, модальности состоят из схем, которые содержат воспоминания, стратегии решения проблем, образы и язык. Модальность активирует "запрограммированные стратегии реализации основных категорий навыков выживания, таких как защита от хищников" (*Alford & Beck, 1997, p. 27*). Активация той или иной модальности зависит от генетических особенностей человека, а также от его культурных и социальных убеждений.

Бек (*Beck, 1996, p. 9*) далее объясняет, что соответствующая модальность не всегда активируется при запуске схемы. Даже если была активирована когнитивная составляющая схемы, вне поля зрения могут оставаться соответствующие аффективные, мотивационные или поведенческие составляющие.

В процессе лечения пациент учится применять систему осознанного контроля для деактивации модальности путем реинтерпретации триггерных событий таким образом, который несовместим с этой модальностью. Кроме того, модальности могут быть видоизменены.

После изучения огромного объема литературы по теме когнитивной терапии мы пришли к выводу, что Бек не уточнил — за исключением весьма общих формулировок, — каким образом техники изменения схем и модальностей отличаются от тех, которые прописаны в стандартной когнитивной терапии. Олфорд и Бек признали, что терапевтические отношения являются действенным механизмом изменения схемы и даже что структурированная работа с применением техник визуализации может изменять когнитивные структуры, обращаясь "напрямую к автоматической системе переживаний [главным образом, посредством фантазий]" (*Alford & Beck, 1997, p. 70*). Но мы не смогли найти подробно прописанные стратегии изменений для схем и модальностей.

Наконец, Бек и соавторы (*Beck et al., 1990*) рассматривали когнитивные и поведенческие стратегии пациентов. Эти стратегии кажутся эквивалентными копинговым стратегиям в схема-терапии. Психологически здоровые люди справляются с жизненными ситуациями с помощью адаптивных когнитивных и поведенческих стратегий, в то время как люди с психическими расстройствами используют ригидные, дезадаптивные реакции в пределах своих областей уязвимости.

С концептуальной точки зрения пересмотренная когнитивная модель Бека и наиболее поздние утверждения Янга, представленные в этой главе, имеют много точек соприкосновения. Они подчеркивают две общие центральные структуры — схемы и режимы — в понимании личности. Обе теории рассматривают когниции, мотивацию, эмоции, генетические особенности, копинговые механизмы и проявления культуры в качестве важных аспектов личности. Обе модели признают необходимость сосредоточиться на осознанных и неосознанных аспектах психики личности.

Различия между этими двумя теоретическими моделями довольно тонкие, и они часто отражают различия в акцентах внимания, а не какие-то фундаментальные разногласия. Концепция ранней дезадаптивной схемы Янга включает в себя элементы схем и модальностей, что соответствует определению Бека (*Beck, 1996*). Янг определяет активацию схем как процесс, включающий в себя эмоциональные, мотивационные и поведенческие составляющие. Как структура, так и содержание схем, о которых ведет речь Бек, включены в определение Янга.

Концепция активации модальностей и концепция активации схем Янга весьма схожи. Не совсем понятно, почему Бек (*Beck, 1996*) принял решение отделить схемы от модальностей, основываясь на собственных определениях этих терминов. По нашему мнению, его понятие модальности можно без проблем расширить таким образом, чтобы включить в него элементы схемы (или наоборот). Возможно, Бек хочет дифференцировать схемы от модальностей, чтобы подчеркнуть, что модальности — это эволюционные механизмы выживания. Понятие схемы в пересмотренной модели Бека близко к его исходной версии когнитивной теории (*Beck, 1976*) и, как таковое, тесно связано с другими когнитивными конструктами, такими как автоматические мысли и базовые убеждения.

Понятие режима функционирования схемы у Янга лишь незначительно связано с понятием модальности у Бека. Бек (*Beck, 1996*) разработал свой конструкт модальности для учета интенсивных психологических реакций, которые связаны с выживанием и ориентированы на достижение цели. Янг разработал свои концепции режима функционирования схемы и копинговых стратегий как *черт* (устойчивые, стабильные паттерны), а схем — как *состояний* (изменяющиеся паттерны активации и деактивации). В этом смысле понятие режима функционирования схемы у Янга больше связано с понятиями диссоциации и "эго-состояниями", чем с концепцией модальности у Бека.

Еще одним важным концептуальным отличием является акцент на копинговых стратегиях. Хотя Бек и соавторы (*Beck et al., 1990*) упоминают дезадаптивные копинговые стратегии, Бек не включил их в свою обновленную формулировку в качестве основных конструктов (*Beck, 1996; Alford & Beck, 1997*). Модель Янга, напротив, центральную роль в подкреплении схем отводит копинговым стратегиям. Этот акцент на копинговых стратегиях со схемой (капитуляция, избегание и гиперкомпенсация) резко контрастирует с ограниченным обсуждением данной проблемы Беком.

Другим важным отличием является то, что в схема-терапии базовым потребностям и процессам развития придается больше значения, чем в когнитивной терапии. Хотя Бек и его коллеги в целом сходятся во мнении, что мотивационные потребности и события детства играют важную роль в формировании личности, они не раскрывают тему того, что именно представляют собой базовые потребности, или каким образом конкретные детские переживания приводят к возникновению схем и модальностей.

Поскольку до разработки схема-терапии когнитивный подход Бека оказывал существенное влияние на направления исследований Янга, в предлагаемых обеими школами вариантах лечения есть много общих моментов. Оба подхода поощряют высокую степень сотрудничества между пациентом и психотерапевтом, поддерживают активную роль психотерапевта в ходе сеансов и в процессе лечения в целом. Янг и Бек согласны с тем, что эмпиризм играет важную роль в когнитивных изменениях; следова-

тельно, оба терапевтических метода побуждают пациентов изменять свои когнитивные процессы, в том числе схемы, чтобы они в большей степени соответствовали “реальности”, или эмпирическим данным, из жизни пациента. Оба подхода применяют некоторые общие техники когнитивных и поведенческих изменений, такие как отслеживание когниций и тренировка новых паттернов поведения. В обоих подходах пациентов обучают стратегиям изменения автоматических мыслей, базовых предположений, когнитивных искажений и глубинных убеждений.

Как когнитивная терапия, так и схема-терапия подчеркивают важность обучения пациента методикам соответствующей терапевтической модели. Таким образом, пациент оказывается равным участником терапевтического процесса. Психотерапевт делится с пациентом своими наблюдениями и выводами по поводу его случая и рекомендует ему к прочтению материалы по самопомощи, соответствующие тому или иному подходу. Домашние задания и задания по самопомощи играют ключевую роль в обоих подходах, помогая пациентам обобщить то, чему они научились во время сеанса, и применить новые знания в своей жизни. Кроме того, чтобы облегчить процесс обучения пациента, практикующие специалисты в области схема-терапии и когнитивной терапии предлагают практические стратегии для адаптивной регуляции конкретных жизненных событий за пределами сеанса психотерапии, не заставляя пациентов самостоятельно придумывать способы применения общих когнитивно-поведенческих принципов на практике.

Несмотря на эти общие черты, у схема-терапии и когнитивной терапии есть также значительные различия в подходах к лечению. Многие из этих различий проистекают из того факта, что методы когнитивной терапии первоначально были разработаны для ослабления симптомов расстройств оси I, тогда как стратегии схема-терапии с самого начала были направлены на расстройства личности и продолжительные, хронические проблемы. Наш опыт показывает, что у методов лечения, предназначенных для смягчения симптомов, и методов лечения, направленных на работу с изменениями личности, существуют принципиальные различия.

Во-первых, схема-терапия начинается “снизу вверх”, а не “сверху вниз”. Другими словами, схема-терапевты начинают с базового уровня — схем — и постепенно связывают эти схемы с более доступными когнитивными процессами, такими как автоматические мысли или когнитивные искажения. Напротив, когнитивные психотерапевты начинают с поверхностных когниций, таких как автоматические мысли, переходя далее к базовым убеждениям, если пациент решает продолжать курс лечения после смягчения симптомов.

В схема-терапии этот подход “снизу вверх” приводит к важному смещению акцента ранних этапов лечения — с текущих проблем на паттерны, существующие на протяжении всей жизни. Кроме того, в схема-терапии бо́льшая часть времени уделяется схемам, копинговым стратегиям и режимам, тогда как в когнитивной терапии они обычно являются вторичными параметрами. Это смещение акцентов также приводит к тому, что схема-терапевты предлагают пациентам более гибкий и менее формальный план сеансов терапии. Схема-терапевту нужна свобода плавного перемещения между прошлым и настоящим, из одной схемы в другую, в течение сеанса и между сеансами. В когнитивной терапии, напротив, четко выделяются текущие проблемы или на-

боры симптомов; они последовательно прорабатываются психотерапевтом до тех пор, пока не отступят.

Кроме того, поскольку схемы и копинговые стратегии принципиально важны для модели Янга, он выделил 18 конкретных схем и три общих копинговых стратегии, которые составляют основу большей части лечения. Эти схемы и копинговые механизмы оцениваются и дополнительно уточняются по ходу терапии, чтобы лучше соответствовать каждому конкретному пациенту. Таким образом, у схема-терапевта есть ценные инструменты, помогающие ему выявлять схемы и паттерны копингового поведения, которые в противном случае могли бы быть упущены при использовании обычных когнитивных методик оценивания. Отличным примером является схема Эмоциональной депривированности, которую относительно легко обнаружить с помощью работы с воображением в схема-терапии, но весьма трудно распознать с помощью вопросов об автоматических мыслях или анализа основных предположений.

Другое важное отличие заключается в акценте схема-терапии на источниках формирования схем в детском возрасте и на стилях воспитания. Когнитивной терапии не хватает специфичности в отношении происхождения когниций, включая базовые убеждения. Схема-терапевты, напротив, определили наиболее распространенные источники для каждой из 18 схем и разработали инструменты для их оценки. Психотерапевт рассказывает пациенту о нормальных потребностях ребенка и объясняет, что происходит, когда эти потребности не удовлетворяются, а также связывает актуальные для пациента схемы с событиями его детства. В дополнение к оценке схем пациента и информированию пациента об источниках возникновения схем, схема-терапевты помогают пациентам выполнять различные практические упражнения, связанные с негативным опытом, который они пережили в детстве. Эти упражнения помогают пациентам преодолевать дезадаптивные эмоции, когниции и копинговые стратегии. Когнитивные психотерапевты, напротив, не придают первостепенного значения детским переживаниям пациента.

Принципиальное различие между двумя этими подходами заключается в значении экспериенциальных техник, таких как работа с воображением и диалогами. Хотя некоторые когнитивные психотерапевты начали внедрять экспериенциальные техники в свою практику (*Smucker & Dancu, 1999*), большинство не считают ее важной для достижения целей лечения и использует работу с воображением только для тренировки новых паттернов поведения. Схема-терапевты рассматривают экспериенциальные техники как один из четырех базовых компонентов процесса лечения и уделяют им существенное внимание. Трудно понять нежелание большинства когнитивных психотерапевтов более широко использовать эти стратегии, поскольку в литературе по когнитивной терапии признается, что “горячие когниции” (когда пациент испытывает сильные эмоции) гораздо проще изменить, чем “холодные когниции” (когда пациент не испытывает ярких эмоций). Экспериенциальные техники иногда могут быть единственным способом стимулировать горячие когниции во время сеанса психотерапии.

Другое основное отличие заключается в роли терапевтических отношений. Оба вида терапии признают важность установления нормальных терапевтических отношений между пациентом и психотерапевтом для эффективного достижения целей терапии, но используют их по-разному. Когнитивные психотерапевты рассматривают

терапевтические отношения в первую очередь как средство мотивации пациента к добросовестному выполнению предписанных процедур в рамках курса лечения (например, к выполнению домашних заданий). Они рекомендуют психотерапевту сосредоточиться на когнициях, связанных с терапевтическими отношениями, в тех случаях, когда эти отношения препятствуют достижению прогресса в лечении. Тем не менее, терапевтические отношения обычно считаются не основным средством обеспечения необходимых изменений, а скорее средой, которая позволяет изменениям произойти. Можно сказать, что когнитивные техники рассматриваются как "активные составляющие" изменения, а терапевтические отношения — как "средство", с помощью которого информация об источнике изменений доносится до сознания пациента.

В схема-терапии терапевтические отношения являются одной из четырех основных составляющих изменений. Как упоминалось ранее в этой главе, схема-терапевты могут использовать эти отношения двумя способами. Первый способ подразумевает наблюдение схем пациента по мере их активации во время сеанса, а затем применение различных процедур для оценки и изменения этих схем в рамках терапевтических отношений. Вторая функция предполагает применение принципа замещающего родительства. Этот процесс включает в себя использование терапевтических отношений в качестве "корректирующего эмоционального опыта" (*Alexander & French, 1946*). В соответствующих рамках, терапевт действует по отношению к пациенту таким образом, чтобы частично восполнить дефицит базовых потребностей пациента, которые не были удовлетворены в его детстве.

С точки зрения стиля взаимодействия, схема-терапевт использует в большей степени эмпатическую конфронтацию, чем эмпиризм сотрудничества. Когнитивные психотерапевты используют техники направляемого открытия, чтобы помочь пациентам увидеть, как искажены их когниции. Как показывает наш опыт, пациенты с характерологическими проблемами, как правило, не могут увидеть реалистичную, здоровую альтернативу своим схемам без непосредственных указаний психотерапевта. Схемы укореняются настолько глубоко и бывают столь неявными, что одних только вопросов и эмпирических исследований недостаточно, чтобы дать пациентам возможность увидеть их когнитивные искажения. Таким образом, схема-терапевт обучает пациента здоровому отношению к окружающему миру, акцентируя его внимание на схеме и демонстрируя ему, что эта схема не работает и не соответствует объективной действительности. Схема-терапевт должен постоянно пребывать в своего рода конфронтации с пациентом, иначе тот возвращается обратно к нездоровой схеме. Как мы говорим пациентам, "схема борется за выживание". В когнитивной терапии эта борьба со схемой не является центральной темой.

Поскольку схемы весьма устойчивы к изменениям, курс схема-терапии для расстройств оси II длится значительно дольше, чем краткосрочный курс когнитивной терапии для расстройств оси I. Неясно, однако, различаются ли продолжительность курсов когнитивной терапии и схема-терапии в случае работы с проблемами по оси II.

Как в концептуализации проблемы, так и в реализации стратегий изменения, схема-терапевты в большей степени сосредоточены на изменении давно сформировавшихся дисфункциональных паттернов поведения, чем на изменении отдельно взятых дисфункциональных проявлений поведения в текущей ситуации (хотя на самом деле

необходимо и то, и другое). Когнитивные психотерапевты сосредоточены на быстром ослаблении симптомов, поэтому они гораздо реже обращаются к таким долгосрочным проблемам как дисфункциональный выбор партнера, проблемы с поддержанием близких отношений, избегание важных жизненных изменений или неудовлетворенность базовых потребностей (например, потребностей в поддержке и заботе). Аналогичным образом, когнитивные психотерапевты, как правило, не придают первостепенного значения выявлению и изменению копинговых стратегий, которые человек использует на протяжении всей жизни, таких как капитуляция, избегание или гиперкомпенсация. Тем не менее, согласно нашему опыту, именно эти копинговые механизмы, а не просто ригидные базовые убеждения или схемы, часто затрудняют лечение пациентов с расстройствами личности.

Ранее в этом разделе мы обращались к концепции режимов. Хотя и когнитивная терапия, и схема-терапия включают в себя концепцию режимов (в когнитивной терапии — модальностей), когнитивные психотерапевты еще не разработали техники их изменения. Схема-терапевты уже определили десять режимов функционирования схемы (на основе определения Янга, приведенного выше в этой главе) и разработали полный спектр терапевтических стратегий, таких как диалог, для работы с каждой из них. Работа с режимом является основой схема-терапии при работе с пациентами с пограничными и нарциссическими расстройствами личности.

Психодинамические подходы

Схема-терапия имеет множество параллелей с психодинамическими моделями психотерапии. Два основных элемента, общие для этих подходов, — это изучение источников происхождения текущих проблем в детстве и акцент на терапевтических отношениях. С точки зрения терапевтических отношений, современный сдвиг психодинамических моделей в сторону выражения эмпатии и установления отношений, основанных на искренности (*Kohut, 1984; Shane, Shane, & Gales, 1997*), совместим с нашими представлениями о замещающем родительстве и эмпатической конфронтации. Как для психодинамического, так и для схема-подхода ценны интеллектуальные инсайты. Оба подчеркивают необходимость эмоциональной проработки травматичных переживаний. Оба предупреждают психотерапевтов о проблемах переноса и контрпереноса. Оба подтверждают важность структуры личности, утверждая, что тип структуры личности пациента является ключом к эффективной терапии.

Однако имеются и существенные различия между схема-терапией и психодинамическими моделями. Одно из них состоит в том, что психоаналитики традиционно пытаются оставаться относительно нейтральными в ходе лечения, тогда как схема-терапевты стремятся активно направлять процесс лечения. В отличие от большинства психодинамических подходов схема-терапевты обеспечивают замещающее родительство, частично удовлетворяя проигнорированные в детстве эмоциональные потребности пациента, чтобы помочь ему излечить схемы.

Другое важное различие состоит в том, что, в отличие от классических аналитических теорий, схема-модель не является теорией побуждений. Вместо того чтобы сосредоточиться на инстинктивных сексуальных и агрессивных импульсах, теория схем

подчеркивает важность основных эмоциональных потребностей пациента. Теория схем опирается на принцип когнитивной согласованности. Люди стремятся поддерживать согласованное представление о себе и об окружающем мире, склонны интерпретировать ситуацию так, чтобы она служила подтверждением схемы. В этом смысле схема-подход является скорее когнитивной, чем психодинамической моделью. Там, где психоаналитики видят защитные механизмы, направленные против инстинктивных желаний, схема-терапевты видят копинговые стратегии со схемами и неудовлетворенными потребностями. Теория схем рассматривает эмоциональные потребности, которые пациент пытается удовлетворить, как изначально нормальные и здоровые.

Наконец, психотерапевты, практикующие психодинамический подход, менее склонны к интеграции разных методов, чем схема-терапевты. Они редко дают пациентам домашние задания и не склонны использовать техники визуализации или ролевые игры.

Теория привязанности Боулби

Теория привязанности, основанная на работах Боулби и Эйнсворт (*Ainsworth & Bowlby, 1991*), оказала значительное влияние на схема-терапию, особенно на разработку схемы Покинутости/Нестабильности и нашей концепции пограничного расстройства личности. Боулби сформулировал теорию привязанности, опираясь на этологию, теорию систем и психодинамические модели. Основной принцип заключается в том, что люди (и другие животные) обладают инстинктом привязанности, который направлен на установление стабильных отношений с матерью (или другой фигурой привязанности). Боулби (*Bowlby, 1969*) исследовал детей, разлученных со своими матерями, и отметил схожесть их реакций. Мэри Эйнсворт (*Ainsworth, 1968*) развила идею о матери как надежной основе, опираясь на которую, младенец исследует мир, и продемонстрировала важность чувствительности матери к сигналам младенца.

Мы включили идею о матери как о надежной основе в нашу концепцию замещающего родительства. Для пациентов с ПРЛ (и с другими, более тяжелыми расстройствами) замещающее родительство представляет собой своеобразное "противоядие" от схемы Покинутости/Нестабильности: в рамках терапевтических отношений терапевт становится надежным эмоциональным фундаментом, которого пациент никогда не имел. В некоторой степени почти все пациенты со схемами из домена нарушения связи и отвержения (за исключением схемы социальной изоляции) нуждаются в том, чтобы психотерапевт стал для них подобной "надежной основой".

И теория схем, и теория привязанности предполагают, что эмоциональное развитие в детстве происходит в диапазоне от привязанности до автономии и индивидуализации. Боулби (*Bowlby, 1969, 1973, 1980*) утверждает, что надежная привязанность к матери (или другой фигуре) является базовой эмоциональной потребностью, которая предшествует и способствует независимости. Согласно Боулби, ребенок, которого любят, скорее всего, будет протестовать против сепарации с родителями, но позже у него развивается уверенность в себе. Чрезмерная сепарационная тревога является следствием сильных негативных переживаний в детстве, таких как потеря родителя или повторяющиеся угрозы быть брошенным/покинутым родителем. Боулби также отметил, что в некоторых случаях сепарационная тревога может быть неадекватно низкой, произво-

дя ложное впечатление зрелости. Неспособность сформировать глубокие отношения с другими может являться следствием того, что в детстве у ребенка слишком часто происходила смена фигур привязанности.

Боулби (*Bowlby, 1973*) предположил, что люди мотивированы поддерживать динамический баланс между сохранением близости и поиском новизны. Если использовать термины Пиаже (*Piaget, 1962*), индивид мотивирован на поддержание баланса между ассимиляцией (интеграция новой информации в существующие когнитивные структуры) и аккомодацией (изменение существующих структур в соответствии с новой информацией). Ранние дезадаптивные схемы нарушают этот баланс. Люди, находящиеся в плену своих схем, неверно истолковывают новую информацию, которая могла бы исправить искажения, происходящие из их схем. Вместо этого они *ассимилируют* новую информацию, которая могла бы опровергнуть схемы, искажая и обесценивая новые доказательства, так что их схемы остаются нетронутыми. Таким образом, ассимиляция пересекается с нашей концепцией подкрепления и сохранения схемы. Задача терапии заключается в том, чтоб помочь пациентам *аккомодироваться* к новому опыту, который опровергает их схемы, тем самым способствуя исцелению.

Представление Боулби (*Bowlby, 1973*) о внутренних рабочих моделях пересекается с нашим понятием ранних дезадаптивных схем. Как и схемы, внутренняя рабочая модель человека во многом основана на паттернах взаимодействия между матерью и младенцем (или другой важной фигурой привязанности). Если мать признает потребность ребенка в защите, при этом уважая его потребность в независимости, у ребенка, вероятно, будет развиваться внутренняя рабочая модель достойного и компетентного "Я". Если мать часто отвергает попытки ребенка заручиться поддержкой или обрести независимость, у него будет развиваться внутренняя рабочая модель недостойного, некомпетентного "Я".

С помощью своих внутренних рабочих моделей дети предсказывают поведение фигур привязанности и готовят собственные реакции на них. Следовательно, весьма важен тип внутренних рабочих моделей, которые они формируют. В этом контексте ранние дезадаптивные схемы соответствуют дисфункциональным внутренним рабочим моделям, а копинговые стратегии — характерным реакциям детей на фигуры привязанности. Как и схемы, рабочие модели управляют вниманием и процессами обработки информации. Защитные искажения рабочих моделей возникают, когда индивид блокирует информацию, идущую из сознания, препятствуя модификации в ответ на изменения. В процессе, аналогичном запечатлению схемы, внутренние рабочие модели со временем становятся более жесткими, а взаимодействие — привычным и автоматическим. Со временем, в результате действия взаимных ожиданий, рабочие модели становятся менее доступными для осознания и более устойчивыми к изменениям.

Боулби (*Bowlby, 1988*) применил теорию привязанности к психотерапии. Он отметил, что у большого числа пациентов, которые проходят курс психотерапии, наблюдаются паттерны ненадежной или дезорганизованной привязанности. Одной из основных целей психотерапии является переоценка неадекватных, устаревших внутренних рабочих моделей отношений с фигурами привязанности. В отношениях с психотерапевтом пациенты могут навязывать ригидные модели отношений привязанности. Психотерапевт и пациент сосредоточиваются на происхождении дисфункциональных

внутренних рабочих моделей пациента; затем психотерапевт выступает в качестве безопасной основы, опираясь на которую, пациент исследует мир и перестраивает свои внутренние рабочие модели. Схема-терапевты включили этот принцип в работу со своими пациентами.

Когнитивно-аналитическая терапия Райла

Энтони Райл (*Ryle, 1991*) разработал когнитивно-аналитическую терапию — вид краткосрочной и интенсивной психотерапии, которая объединяет активные, обучающие аспекты когнитивно-поведенческой терапии с психоаналитическими подходами, особенно с теориями объектных отношений. Райл предлагает концептуальную основу, которая систематически объединяет теории и техники, разработанные в рамках этих подходов. Когнитивно-аналитическая терапия в значительной мере пересекается со схема-терапией.

Формулировку Райла (*Ryle, 1991*) называют "моделью процедурной последовательности". В качестве своего базового концептуального конструкта он использует "целенаправленную активность", а не схемы. Райл рассматривает неврозы как постоянное использование неэффективных или вредных процедур и неспособность их модифицировать. Три категории процедур объясняют большинство невротических повторений: ловушки, дилеммы и препятствия. Ряд паттернов, которые описывает Райл, пересекаются со схемами и копинговыми стратегиями.

Говоря о стратегиях лечения, Райл поощряет активные, основанные на сотрудничестве терапевтические отношения, которые включают в себя всестороннюю и глубокую концептуализацию проблем клиента, как это делается в схема-терапии. Психотерапевт затем делится своими выводами с пациентом, рассказывая ему о том, как прошлое пациента привело к его текущим проблемам, и перечисляет различные дезадаптивные процедуры, которые пациент использует, чтобы справиться с этими проблемами. В когнитивно-аналитической терапии основными терапевтическими стратегиями являются перенос (для уточнения тем) и ведение дневника дезадаптивных реакций. Схема-терапия включает в себя обе эти составляющие, но также добавляет многие другие терапевтические стратегии.

Когнитивно-аналитическая терапия использует метод тройного изменения: новое понимание, новые переживания, новые действия. Новому пониманию уделяется основное внимание в работах Райла — оно рассматривается как наиболее сильный стимул для изменений. В когнитивно-аналитической терапии этап изменений включает, в первую очередь, помощь пациентам в осознании негативных паттернов их жизни. Райл подчеркивает аспект понимания: "В когнитивно-аналитической терапии акцент делается на усилении более высоких уровней (когниций), в частности, путем переформулирования, которое видоизменяет процессы оценивания и способствует активному самонаблюдению" (*Ryle, 1991, p. 200*).

Схема-терапия отличается от когнитивно-аналитической терапии в нескольких аспектах. Схема-терапия делает акцент на выявлении аффекта и на замещающем родительстве, особенно у пациентов с тяжелыми характерологическими расстройствами. Таким образом, схема-терапия в большей степени способствует изменениям на эмо-

циональном уровне. Райл (*Ryle, 1991*) признает, что в некоторых случаях могут быть полезны процедуры активации аффекта, такие как гештальт-техники или психодрама, чтобы помочь пациентам выйти за пределы интеллектуального осмысления проблемы. Янг, напротив, считает эмпирические техники, такие как визуализация и диалог, полезными почти для всех пациентов.

В подходе Райла (*Ryle, 1991*) терапевт взаимодействует в основном со взрослой стороной личности пациента, с режимом Здорового взрослого, и только косвенно — с ее детский стороной, с режимом Уязвимого ребенка. Согласно подходу схема-терапии, пациенты с ПРЛ подобны маленьким детям и должны сначала сформировать надежную привязанность к психотерапевту, а уже потом приступать к сепарации и индивидуализации.

Терапия личных схем Горовица

Горовиц разработал концепцию, которая объединяет психодинамический, когнитивно-поведенческий и межличностный подходы, а также подход системной семейной психотерапии. Его модель делает акцент на ролях и убеждениях, основанных на теории личных схем (*Horowitz, 1991; Horowitz, Stinson, & Milbrath, 1996*). Личная схема — это шаблон, обычно бессознательный, включающий в себя взгляды человека на себя и на других, который формируется из остатков детских переживаний (*Horowitz, 1997*). Это определение практически идентично нашему представлению о ранней дезадаптивной схеме. Горовиц фокусируется на общей структуре всех схем, в то время как Янг выделяет конкретные схемы, лежащие в основе большинства негативных жизненных паттернов.

Горовиц (*Horowitz, 1997*) развивает идею моделей ролевых отношений. Он связывает каждые ролевые отношения с: 1) основным желанием или потребностью ("желаемая модель ролевых отношений"); 2) основным страхом ("устрашающая модель ролевых отношений"); 3) моделями ролевых отношений, которые защищают от устрашающей модели ролевых отношений. С точки зрения теории схем, все это может быть соотнесено с базовыми эмоциональными потребностями, ранними дезадаптивными схемами и копинговыми стратегиями. Горовиц (*Horowitz, 1997*) объясняет, что ролевые отношения включают в себя сценарии взаимодействий, намерений, эмоционального выражения, действий, а также критическую оценку действий и намерений. Таким образом, ролевые отношения содержат аспекты как схем, так и копинговых стратегий. В теории схем понятия схемы и копинговые реакции рассматриваются по отдельности друг от друга, поскольку схемы не связаны напрямую с конкретными действиями. Разные люди справляются с одной и той же схемой посредством проявления разных копинговых стратегий, в зависимости от их врожденного темперамента и других факторов.

Горовиц (*Horowitz, 1997*) также использует понятие "состояния разума", близкое к нашему понятию режимов функционирования схем. Состояние разума — это "паттерн осознанных переживаний и межличностных выражений. Составляющие этого паттерна рассматриваются как состояние, включающее в себя вербальное и невербальное выражение идей и эмоций" (*Horowitz, 1997, p. 31*). Горовиц не определяет состояния разума как расположенные в континууме диссоциации. В теории схем пациенты с более

серьезными нарушениями (например, с нарциссическим или пограничным расстройством личности) приходят к состоянию разума, которое полностью поглощает их чувство идентичности. Пациент уже не просто находится в ином состоянии разума — он пребывает в другом "Я" или переживает иной режим. Это различие является важным, поскольку степень диссоциации, связанной с режимом, диктует серьезные изменения в подходе к лечению.

То, что Горовиц называет "процессами защитного контроля", также напоминает копинговые стратегии Янга. Горовиц выделяет три основные их категории.

1. Процессы защитного контроля, которые включают в себя избегание болезненных тем посредством выражаемого содержания (например, смещение фокуса внимания или преуменьшение важности темы).
2. Процессы защитного контроля, которые включают в себя избегание болезненных тем посредством способа выражения (например, вербальная интеллектуализация).
3. Процессы защитного контроля, которые включают в себя совладание путем смены ролей (например, внезапное переключение на пассивную или напыщенную роль).

Эта типология (*Horowitz, 1997*) охватывает многие явления, относящиеся к капитуляции, избеганию и гиперкомпенсации схемы.

Во время лечения психотерапевт поддерживает пациента, противодействует избеганию, перенаправляя его внимание, интерпретирует дисфункциональные установки или поведение сопротивления, и помогает пациенту составить план испытания новых моделей поведения на практике. Как и у Райла (*Ryle, 1991*), инсайт выступает наиболее важной частью лечения. Психотерапевт предоставляет пациенту всю необходимую информацию, фокусируя мысли пациента и ход беседы на моделях ролевых отношений и процессах защитного контроля. Цель терапии состоит в том, чтобы новые схемы высшего порядка получили приоритет над незрелыми и дезадаптивными схемами.

В отличие от схема-терапии, Горовиц (*Horowitz, 1997*) не предоставляет подробных или систематических стратегий лечения и не применяет техники переживания или замещающего родительства. В схема-терапии активизации аффекта уделяется больше внимания, чем в подходе Горовица. Схема-терапевт получает доступ к тому, что Горовиц (*Horowitz, 1997*) называет регрессивными состояниями и что мы называем режимом Уязвимого ребенка.

Эмоционально-фокусированная терапия

Эмоционально-фокусированная терапия, разработанная Лесли Гринбергом и его коллегами (*Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Greenberg & Paivio, 1997*), опирается на модели переживания, конструктивистские и когнитивные модели. Как и схема-терапия, эмоционально-фокусированная терапия тесно связана с теорией привязанности и исследованиями терапевтического процесса.

Эмоционально-фокусированная терапия делает акцент на интеграции эмоций с познанием, мотивацией и поведением. Терапевт активирует эмоцию, чтобы восста-

новить ее. Большое внимание уделяется выявлению и исправлению эмоциональных схем, которые Гринберг (*Greenberg & Paivio, 1997*) определяет как набор организационных принципов, уникальных по содержанию, которые связывают воедино эмоции, цели, воспоминания, мысли и тенденции поведения. Эмоциональные схемы возникают благодаря взаимодействию ранней истории научения конкретного человека и его врожденного темперамента. Активируясь, они становятся мощными организующими силами в процессах интерпретации жизненных событий и реагирования на них. Конечная цель эмоционально-фокусированной терапии, как, по сути, и цель схема-терапии, состоит в изменении этих эмоциональных схем. Терапия выводит в сознание пациента "недоступные внутренние переживания... чтобы выстраивать новые схемы" (*Greenberg & Paivio, 1997, p. 83*).

Как и схема-терапия, эмоционально-фокусированная терапия в значительной степени зависит от эффективности терапевтических отношений — от того, удалось ли сформировать "альянс" психотерапевта и пациента. Эмоционально-фокусированная терапия использует этот альянс для развития "эмпатического диалога", который стимулирует внимание пациента и направляет его на эмоциональные проблемы. Чтобы получить возможность участвовать в этом диалоге, психотерапевты должны сначала создать атмосферу безопасности и доверия. Как только это ощущение надежно установлено, психотерапевты начинают балансировать между "следованием" и "ведением", принимая изменения и способствуя им. Этот процесс похож на идеальную модель эмпатической конфронтации в теории схем.

Как и схема-терапия, эмоционально-фокусированная терапия признает, что одной лишь активации эмоций недостаточно, чтобы вызвать изменения. В эмоционально-фокусированной терапии изменение требует постепенного процесса эмоциональной активации посредством применения техник переживания, преодоления избегания, преодоления негативного поведения и облегчения эмоционального восстановления. Психотерапевт помогает пациентам распознавать и выражать их основные чувства, вербализировать их, а затем и обретать доступ к своим внутренним ресурсам (например, к адаптивным копинговым реакциям). Кроме того, эмоционально-фокусированная терапия предполагает применение различных видов терапевтического вмешательства для разных эмоций.

Несмотря на значительное сходство, некоторые теоретические и практические нюансы отличают эмоционально-фокусированную терапию от схема-терапии. Одно из различий состоит в том, что эмоционально-фокусированной терапии присущ более "уравнительный" взгляд на роль аффектов, познания и поведения для эмоциональных схем. Кроме того, Гринберг утверждает, что существует "бесконечное количество уникальных эмоциональных схем" (*Greenberg & Paivio, 1997, p. 3*), в то время как теория схем определяет конечный набор схем и копинговых стратегий, предлагая соответствующие виды вмешательства для каждой из них.

Модель эмоционально-фокусированной терапии организует схемы в виде сложной, иерархической структуры, подчеркивая различия между первичными, вторичными и инструментальными эмоциями, а также разбивая их на адаптивные, дезадаптивные, сложные и социально конструируемые эмоции. Тип эмоциональной схемы предполагает конкретные цели вмешательства, которые учитывают экстернальность/интерналь-

ность направленности эмоции (например, грусть и гнев) и то, находится ли эмоция в данный момент времени под чрезмерным либо недостаточным контролем. По сравнению с более лаконичной моделью схема-терапии эмоционально-фокусированная терапия налагает на психотерапевта значительное бремя, требуя тщательно идентифицировать и анализировать эмоции пациента и работать с каждой из них с применением весьма конкретных приемов.

Процесс оценки проблемы пациента в эмоционально-фокусированной терапии основывается, прежде всего, на событиях, которые происходят "здесь и сейчас", в кабинете психотерапевта. Гринберг и Пайвио (*Greenberg & Paivio, 1997*) противопоставляют такие техники подходам, основанным на воссоздании исходной травматичной ситуации, или подходам, основанным на оценке поведения пациента. Хотя схема-терапия и подразумевает использование информации, полученной в ходе сеанса психотерапии, она является более многогранной и включает в себя, в числе прочего, структурированные сеансы визуализации, схемные опросники и гармонизацию терапевтических отношений.

ИТОГИ

Янг (*Young, 1990*) первоначально разработал схема-терапию для лечения пациентов, которые слабо реагировали на традиционную когнитивно-поведенческую терапию, в частности для пациентов с расстройствами личности и серьезными характерологическими проблемами, лежащими в основе их расстройств оси I. Такие пациенты не соответствуют некоторым исходным предположениям когнитивно-поведенческой терапии, и, следовательно, им трудно обеспечить эффективное лечение с помощью этого метода. Дальнейшие пересмотренные версии когнитивной терапии для лечения расстройств личности, разработанные Беком и его коллегами (*Beck et al., 1990; Alford & Beck, 1997*), лучше согласуются с формулировками схема-терапии. Тем не менее между этими подходами все еще существуют значительные различия, особенно с точки зрения концептуальных акцентов и диапазона стратегий лечения.

Схема-терапия — это масштабная интегративная модель. Она имеет много точек пересечения с рядом других систем психотерапии, включая психодинамические модели. Тем не менее большинство из этих подходов являются более узкими по сравнению со схема-терапией — с точки зрения как концептуальных моделей, так и диапазона стратегий лечения. Имеются также значительные различия в подходе к вопросу терапевтических отношений, определении роли психотерапевта, а также степени его активности и директивности в процессе лечения.

Ранние дезадаптивные схемы — это общие распространенные темы или модели, которые в значительной степени дисфункциональны и которые имеют отношение к самому человеку и к его взаимодействию с другими людьми. Схемы содержат воспоминания, эмоции, когниции и телесные ощущения. Они формируются в детстве или в подростковом возрасте и развиваются на протяжении всей жизни. Схемы изначально возникают как адаптивные и относительно точные представления об окружающей

среде ребенка, но по мере взросления ребенка становятся дезадаптивными и нерелевантными. Схемы вписываются в рамки человеческого стремления к последовательности, поэтому избавиться от них непросто. Они играют важную роль в том, каким образом люди думают, чувствуют, поступают и относятся к окружающим. Схемы запускаются, когда люди сталкиваются с чем-то в окружающей среде, что напоминает им обстоятельства в детстве, которые и привели к формированию этих схем. Когда это происходит, человека переполняют интенсивные негативные переживания. Исследование Леду (*LeDoux, 1996*), посвященное системам мозга, которые связаны с обусловливанием чувства страха и травмой, предоставляет биологическое обоснование концепции схем.

Ранние дезадаптивные схемы — результат неудовлетворения базовых эмоциональных потребностей. Их первоисточником являются неприятные детские переживания, а в их развитии также играют роль и другие факторы, такие как эмоциональный темперамент ребенка и влияние культуры, в которой он растет. Мы определили 18 ранних дезадаптивных схем, объединив их в пять доменов. Имеются достаточно обширные практические данные, поддерживающие концепцию этих схем и некоторых из их доменов.

Мы выделяем два основных вида операций в отношении схемы: сохранение схемы и исцеление схемы. Исцеление схемы, собственно говоря, и является целью схема-терапии. Дезадаптивные копинговые стратегии — это механизмы, которые развиваются у пациентов в раннем возрасте для адаптации к схемам и которые приводят к подкреплению и сохранению схем. Мы определили три дезадаптивных копинговых стратегии: капитуляция, избегание, гиперкомпенсация. Копинговые реакции — это конкретные паттерны поведения, посредством которых выражаются эти три общих копинговых стратегии. Для каждой схемы характерны определенные копинговые реакции. Режимы — это состояния или грани личности, включающие в себя конкретные схемы или проявления схем. Мы выделили четыре основных категории режимов: детские режимы, дезадаптивные копинговые режимы, дисфункциональные родительские режимы, режим Здорового взрослого.

Схема-терапия состоит из двух этапов: этапа диагностики и психообразования и этапа изменения. На первом этапе психотерапевт помогает пациенту определить свои схемы, увидеть источники их происхождения в детстве или подростковом возрасте и соотнести эти схемы с текущими проблемами пациента. На этапе изменения психотерапевт использует когнитивные, экспериенциальные, поведенческие и межличностные стратегии, чтобы излечить схемы и заменить дезадаптивные копинговые стратегии более здоровыми формами поведения.

Глава 2

ДИАГНОСТИКА СХЕМЫ И ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Этап диагностики схемы и информирования пациента в схема-терапии предполагает достижение шести основных целей.

1. Определение дисфункциональных жизненных паттернов.
2. Идентификация ранних дезадаптивных схем и их триггеров.
3. Выявление источников возникновения схем в детстве и подростковом возрасте.
4. Определение копинговых стратегий и реакций.
5. Оценка темперамента пациента.
6. Сведение воедино всех данных: концептуализация случая.

Хотя процесс диагностики и носит структурированный характер, его нельзя назвать шаблонным. В каждом отдельно взятом случае психотерапевт разрабатывает гипотезы на основе полученных от пациента данных и корректирует эти гипотезы по мере поступления дополнительной информации. По мере того как психотерапевт, используя различные режимы функционирования схемы (о которых мы поговорим позже), оценивает жизненные паттерны, схемы, копинговые стратегии и темперамент пациента, полученная им информация постепенно кристаллизируется в схема-ориентированную концептуализацию случая.

Приведем краткий обзор этапов диагностики и информирования пациента. Психотерапевт начинает с первоначальной диагностики. Он оценивает имеющиеся у пациента проблемы и цели лечения, а также то, насколько пациенту подходит схема-терапия. Затем психотерапевт расспрашивает пациента об истории его жизни и выявляет дисфункциональные паттерны поведения, препятствующие удовлетворению основных эмоциональных потребностей пациента. Эти паттерны обычно представляют собой достаточно длительные циклы в отношениях и в работе, которые раз за разом подкрепляют сами себя и которые приводят к неудовлетворенности и появлению тех или иных симптомов. Психотерапевт объясняет пациенту концепцию схемы и сообщает ему, что они будут работать вместе, чтобы идентифицировать схемы и копинговые стратегии пациента. В качестве домашнего задания пациент заполняет опросники, а во время очередного сеанса обсуждает с психотерапевтом их результаты. Затем психотерапевт использует экспериенциальные техники, в первую очередь визуализацию,

чтобы получить доступ к схемам и запустить их с помощью триггеров, а также чтобы связать схемы с их источниками родом из детства и с проблемами, актуальными для пациента в настоящее время. Психотерапевт наблюдает схемы пациента и его копинговые стратегии по мере их проявления в рамках терапевтических отношений. Наконец, психотерапевт оценивает эмоциональный темперамент пациента.

На этом этапе работы пациенты постепенно приходят к пониманию сути своих схем и источников их происхождения в детстве. Они анализируют, каким образом эти саморазрушительные паттерны повторялись на протяжении всей их жизни. Пациенты определяют копинговые стратегии (капитуляция, избегание и гиперкомпенсация), которые они развили, чтобы справляться со схемами, и размышляют над тем, каким образом их индивидуальный темперамент и события в их раннем детстве способствовали развитию именно этих копинговых стратегий. Они устанавливают взаимосвязь между своими схемами и текущими проблемами, обретая чувство непрерывности процесса своего развития с детства и до настоящего времени. Таким образом, пациенты начинают воспринимать свои схемы и копинговые стратегии как концепции, которые во многом влияют на их восприятие собственной жизни.

Мы обнаружили, что использование нескольких методов диагностики повышает точность выявления схем. Например, у некоторых пациентов схемы проявляются не при заполнении методики диагностики ранних дезадаптивных схем Янга, а при заполнении Опросника родительского стиля Янга. Таким пациентам легче вспомнить установки и поведение своих родителей, чем получить доступ к собственным эмоциям. Заполняя опросники, пациенты могут предоставлять неточную или противоречивую информацию вследствие избегания или гиперкомпенсации схем, — но при применении техник работы с воображением эти процессы будут в меньшей степени влиять на результат.

Этап диагностики включает в себя интеллектуальный и эмоциональный аспекты. С помощью опросников, логического анализа и имеющихся фактических данных пациенты определяют свои схемы на рациональном уровне, но, помимо этого, они обретают их ощущение на уровне эмоций с помощью экспериенциальных техник, например визуализации. Заключение психотерапевта о том, подходит ли пациенту та или иная гипотеза о его схеме, в значительной степени основывается на том, что "кажется верным" пациенту: правильно определенная схема обычно вызывает у него эмоциональный резонанс.

Во время этапа диагностики психотерапевт использует когнитивные, экспериенциальные, поведенческие оценки, а также наблюдает за ходом развития терапевтических отношений. Таким образом, оценка является многогранной задачей, в ходе решения которой психотерапевт и пациент формулируют гипотезы и уточняют их при получении дополнительной информации. Когда результаты применения нескольких разных методов подтверждают друг друга в контексте центральных тем жизни пациента, психотерапевту удается идентифицировать его базовые схемы. Оценка постепенно преобразуется в схема-ориентированную концептуализацию случая.

Время, необходимое для завершения процесса диагностики, может быть весьма разным. Для относительно простых случаев может потребоваться всего лишь пять сеансов диагностики, в то время как для пациентов с более развитыми паттернами гиперкомпенсации или избегания обычно требуется больше времени.

СХЕМА-ОРИЕНТИРОВАННАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ СЛУЧАЯ

Схема-терапия подчеркивает важность индивидуальной концептуализации случая. Некоторые когнитивные терапевты предложили отличные примеры составления формулировки случая с точки зрения когнитивной терапии (например, *Beck et al., 1990; Persons, 1989*). Схема-ориентированную концептуализацию случая можно считать более широкой: она подразумевает создание интегративной структуры, включающей в себя саморазрушительные жизненные паттерны, процессы раннего развития, копинговые стратегии, а также схемы пациента. Таким образом, каждый случай требует уникальной концептуализации, основанной как на ранних дезадаптивных схемах пациента, так и на его копинговых стратегиях.

К окончанию этапа диагностики, психотерапевт заполняет форму схема-ориентированной концептуализации случая (рис. 2.1)[1]. Эта форма включает в себя схемы пациента, их связи с имеющимися проблемами, триггеры схем, предполагаемые факторы темперамента, источники формирования схем, базовые воспоминания, базовые когнитивные искажения, копинговое поведение, режимы функционирования схем, влияние схем на терапевтические отношения и стратегии изменения.

Важность точного определения схем и копинговых стратегий

Для эффективной концептуализации случая психотерапевт должен провести точную оценку ранних дезадаптивных схем и копинговых стратегий пациента. Концептуализация случая оказывает большое влияние на ход лечения, предоставляя тактические соображения и практические рекомендации для выбора аспектов, которые следует изменить, и проведения терапевтических процедур. Правильное определение схемы направляет интервенции, укрепляет терапевтический альянс, позволяя пациенту почувствовать, что его понимают, и предотвращает возможные трудности на этапе изменения.

Важно, чтобы психотерапевт не спешил с выводами о том, какие именно схемы проявляются у пациента, основываясь исключительно на диагнозе по DSM-IV, истории жизни пациента или данных, полученных в результате применения какого-то одного инструмента диагностики. Один и тот же диагноз по оси I у разных людей может быть проявлением разных схем. Почти все схемы могут привести к депрессии, тревожности, злоупотреблению алкоголем или наркотиками, психосоматическим симптомам или сексуальной дисфункции. Даже при одном и том же диагнозе, таком как ПРЛ, разные пациенты могут демонстрировать различные схемы.

---

[1] Комплект всех форм и методик, упомянутых в этой книге, можно приобрести на веб-сайте Института схема-терапии: `www.schematherapy.comfororderinginformation` (на английском языке).

РИС. 2.1. Форма схема-ориентированной концептуализации случая Аннет

Информация о пациенте

Имя психотерапевта: Рэйчел В.
Имя пациента: Аннет Г.* Возраст: 26 лет
Семейное положение: не замужем
Дети (возраст): Нет
Профессия: Секретарь
Этническая принадлежность: Европеоидная раса
Образование: Закончила среднюю школу

Актуальные схемы

1. Эмоциональная депривированность (нехватка заботы, сочувствия и защиты)
2. Самопожертвование
3. Недоверие/Ожидание жестокого обращения
4. Дефективность/Стыдливость
5. Привилегированность/Грандиозность
6. Недостаточность самоконтроля

Текущие проблемы

Проблема 1: депрессия.

Связь со схемами: Эмоциональной депривированности, Дефективности/Стыдливости, Самопожертвования.

Проблема 2: злоупотребление алкоголем.

Связь со схемами: Эмоциональной депривированности, Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Дефективности/Стыдливости.

Проблема 3: проблемы в отношениях: встречается с неподходящими мужчинами, испытывает трудности в установлении близких отношений.

Связь со схемами: Эмоциональной депривированности, Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Дефективности/Стыдливости, Самопожертвования.

Проблема 4: проблемы на работе: не выполняет поставленные задачи, переходит с одного места работы на другое.

Связь со схемами: Недостаточности самоконтроля, Привилегированности/Грандиозности

Триггеры схем (если триггеры относятся только к мужчинам или только к женщинам, укажите в скобках соответствующий пол):

1. выбор потенциального партнера (М);
2. поиск близости с потенциальным партнером (М);
3. чувство одиночества;
4. размышления о своих проблемах и о необходимости психотерапии;
5. просьбы выполнить какую-то скучную, рутинную или неинтересную задачу.

Степень выраженности схем, копинговых реакций и режимов; риск декомпенсации

Схемы умеренно выражены. Копинговые реакции и режимы очень выраженные. Суицидальные мысли отсутствуют. Риск декомпенсации низкий.

Возможное влияние темперамента и биологических факторов

Нет

Источники возникновения схемы в детстве

1. Мать была беспомощной и нуждалась в заботе. Ни один из родителей не удовлетворял эмоциональные потребности Аннет в детстве.
2. Отец был раздражительным и вспыльчивым. Аннет оказалась в роли защитницы матери от нападок отца.

Окончание рис. 2.1

3. В детстве у Аннет не было никаких границ или дисциплины. Она могла делать и иметь все, что только хотела.
4. Члены семьи никогда не говорили о своих чувствах вслух и не обсуждали свои проблемы.

Базовые детские воспоминание или образы

Отец был очень разгневан. Аннет и ее мать были напуганы. Мать обратилась к Аннет за помощью, но сама не предоставила ребенку ни поддержки, ни сочувствия, ни защиты.

Базовые когнитивные искажения

1. Никто никогда не будет заботиться об удовлетворении моих потребностей. Я должна быть сильной всегда.
2. Со мной что-то не так, раз у меня столь много эмоциональных проблем, и я очень нуждаюсь в поддержке и заботе
3. Большинство мужчин непредсказуемы, злы и вспыльчивы.
4. Я должна иметь возможность делать все, что захочу.
5. Я не обязана выполнять задания/действия или поддерживать отношения, которые для меня скучны или неинтересны.

Поведение капитуляции

1. Никого не просит заботиться о ней или зашишать ее.
2. Заботится о матери, ничего не прося взамен.
3. Ни с кем не говорит о своей эмоциональной уязвимости.

Поведение избегания

1. Злоупотребляет алкоголем, чтобы заглушить болезненные чувства.
2. Ищет стимуляции и новизны, чтобы избежать неприятных эмоций.
3. Старается не сосредоточиваться на своих болезненных мыслях и чувствах.
4. Избегает близких отношений с мужчинами.

Поведение гиперкомпенсации

Ведет себя жестко и сдержано, хотя в душе чувствует себя уязвимой и нуждающейся в заботе.

Соответствующие режимы схемы (в дополнение к режиму Здорового взрослого)

1. Суровая Аннет (Отстраненный защитник)
2. Маленькая Аннет (Одинокий напуганный ребенок)
3. Избалованная Аннет

Терапевтические отношения (влияние схем и режимов на поведение во время сеанса; личные реакции и/или контрперенос)

Аннет ведет себя сдержанно большую часть сеанса. Она не хочет признавать существование сильной привязанности, потребности в заботе или уязвимости по отношению ко мне, хотя при этом кажется, что она вовлечена в процесс общения и поддерживает связь. Она пытается избегать упражнений связанных с воображением и не любит говорить о болезненных эмоциях или событиях. Она часто не выполняет домашние задания, утверждая, что они скучные или расстраивают ее.

Несмотря на эти проблемы, я считаю, что Аннет достаточно вовлечена в нашу совместную работу, и думаю, что у нас хорошие терапевтические отношения. Меня несколько огорчают ее низкий уровень дисциплины в выполнении заданий, а также пренебрежение к интересам других людей в режиме Избалованной Аннет.

* Обсуждение случая Аннет приведено в главе 8.

Кроме того, психотерапевт не может делать выводы о наличии определенной схемы исключительно на основе простого анализа детских переживаний пациента: у пациентов могут быть одинаковые болезненные обстоятельства в детстве, но в конечном итоге у них могут сформироваться разные схемы. Например, обе пациентки выросли с отцами, которые их отвергали. У первой пациентки развились схемы Покинутости/Нестабильности и Дефективности/Стыдливости, обе относительно тяжелые. Отец относился к старшей сестре пациентки с любовью, но игнорировал при этом свою младшую дочь. Она пришла к выводу, что с ней что-то не так, и что из-за этого отец ее не любит. Поскольку она с раннего детства чувствовала, что любой человек, которому она нравится, в конечном итоге уйдет, она полностью избегала романтических отношений, чтобы не испытать боль в будущем.

В случае второй пациентки отец отвергал не только ее, но всех детей в семье. Однако ее мать (в отличие от матери первой пациентки) была заботливым и любящим родителем, и она компенсировала холодность отца, обеспечивая детей любовью и принятием. Вторая пациентка объясняла отторжение со стороны отца его неспособностью любить, поскольку он был столь же холоден в общении с другими своими детьми. Она пришла к выводу, что некоторые мужчины не будут ее любить, но зато другие будут, и поэтому ей просто нужно выбирать тех, кто относится ко второй категории. Повзрослев, она выбирала себе в партнеры мужчин, способных проявлять свою любовь, и они излечили травму, нанесенную отцом. Хотя у этой пациентки была схема Покинутости/Нестабильности (от низкой до средней степени выраженности), у нее не развилась схема Дефективности/Стыдливости. Таким образом, у двух пациенток с одинаково отвергающими отцами в результате сложного соединения элементов их детских переживаний сформировались разные схемы и копинговые стратегии.

Другие факторы также влияют на то, какие схемы развиваются у пациента, а также на степень выраженности этих схем. В жизни многих пациентов (таких, как вторая женщина из приведенного выше примера) присутствуют люди, противодействующие схеме и предоставляющие то, в чем нуждается пациент, тем самым предотвращая развитие схемы или ослабляя ее. Дальнейший жизненный опыт пациентов также способен изменить или излечить их схему. Например, пациенты могут сформировать здоровые романтические отношения или установить близкие дружеские отношения и, таким образом, исцелить свои схемы из домена Нарушение связи и отвержение. Иногда темперамент пациента предотвращает формирование схемы. Одни люди более устойчивы в психологическом отношении и не развивают выраженных ранних дезадаптивных схем даже в условиях существенных жизненных трудностей, тогда как другие люди более уязвимы и развивают дезадаптивные схемы даже при относительно умеренном уровне плохого обращения с ними.

Точная идентификация схемы важна, поскольку для каждой из схем есть свои индивидуальные интервенции. Например, пациентка постоянно просит психотерапевта дать ей совет насчет ее проблем с парнем. На основании подобных запросов, психотерапевт приходит к ошибочному выводу о том, что у нее присутствует схема зависимости. Поскольку терапевтическая стратегия для схемы зависимости состоит в том, чтобы повысить уровень уверенности пациента в себе, заставляя его самостоятельно принимать решения, психотерапевт отказывается давать ей готовые советы. Однако на

самом деле у пациентки действует схема Эмоциональной депривированности. У нее никогда не было рядом кого-то сильного, к кому она могла бы обратиться за советом. Стратегия терапии схемы Эмоциональной депривированности состоит в том, чтобы в каком-то смысле исполнять роль родителя пациента — заботиться о нем, обеспечивать сочувствие и поддержку, т.е. удовлетворять его эмоциональные потребности, которые не были удовлетворены в детстве. Рассматривая ситуацию с этой точки зрения, психотерапевт может предлагать пациенту конкретные советы. Таким образом, правильное определение схемы является ключом к правильному выбору вида интервенции.

Точное определение копинговых стратегий пациента также важно для концептуализации случая. Пациент в основном подчиняется схеме, избегает или гиперкомпенсирует ее. Большинство пациентов используют некую комбинацию копинговых стратегий. Пациент со схемой Дефективности/Стыдливости может прибегать к гиперкомпенсации на работе, состязаясь и конкурируя с другими людьми, но при этом избегать близких отношений в личной жизни и предпочитать проводить время в одиночестве. Копинговые стратегии не зависят от схемы: они выходят за рамки отдельно взятых схем, выступая в качестве механизмов преодоления неприятных эмоций, вызываемых этими схемами. Например, люди, одержимые азартными играми, стремятся с помощью погружения в игру сбежать от неприятных эмоций, связанных с оставлением, жестоким обращением, отвержением или подчинением. Они могут играть, чтобы избежать боли от практически любой схемы, которая приносит им психологическое страдание.

Для психотерапевта важно определить адаптивную ценность копинговых стратегий пациента на ранних этапах его жизни. Пациент выработал определенную копинговую стратегию не просто так, а чтобы справиться с трудной ситуацией в детстве. Тем не менее, эта копинговая стратегия, вероятно, стала неадекватной во взрослом мире, где пациенту доступно гораздо больше возможностей, и где он уже не зависит от жестокого обращения и отсутствия заботы со стороны родителей. Избегание или гиперкомпенсация могут стать проблемой для успешного излечения пациента, поскольку эти копинговые стратегии препятствуют работе со схемой. Одна из целей этих копинговых стратегий — помешать пациенту осознать факт наличия у него схемы, однако пациент должен осознать свою схему, чтобы начать борьбу с ней. Копинговая стратегия также является проблематичной, если она снижает качество жизни пациента, — например, если пациент прокрастинирует, избегает общества других людей, подавляет свои эмоции, бездумно тратит деньги или злоупотребляет алкоголем или наркотиками.

Во время сеанса психотерапии пациенты могут реагировать на терапевтические интервенции, которые запускают их схемы, теми же копинговыми стратегиями, которые они используют в повседневной жизни. Важно уметь распознавать копинговые стратегии, поскольку иногда поведение, которое на первый взгляд выглядит здоровым, на самом деле представляет собой дезадаптивную копинговую стратегию. Спокойная отрешенность пациента с избегающей копинговой стратегией может напоминать поведение Здорового взрослого, но в действительности это указывает на дисфункциональный подход к эмоциям.

Восприятие проблемных паттернов поведения как копинговых стратегий помогает нам понять, почему пациенты упорствуют в своем саморазрушительном поведе-

нии. Сопротивление таких пациентов изменениям указывает на их постоянную зависимость от реакций, которые срабатывали (по крайней мере, до некоторой степени) в прошлом.

ПОДРОБНЫЙ ПРОЦЕСС ДИАГНОСТИКИ СХЕМЫ И ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Теперь мы более подробно обсудим конкретные шаги в процессе диагностики схемы и информирования пациента.

Первоначальная оценка

Задача этапа первоначальной оценки состоит в том, чтобы выявить проблемы пациента и определить терапевтические цели, а также оценить, насколько пациенту подходит схема-терапия.

Оценка существующих проблем и терапевтических целей

Для психотерапевта важно четко определить существующие проблемы и помнить о них в процессе оценки ситуации пациента. Иногда психотерапевты зацикливаются на исследовании схем пациента и забывают определить их связь с существующими проблемами. Психотерапевт формулирует проблему, используя термины и концепции схема-терапии, а затем разрабатывает план терапии, который помогает пациенту увидеть направление движения и обрести надежду.

Психотерапевт должен стремиться к конкретности в определении существующих проблем и терапевтических целей. Например, при формулировке проблемы вместо того, чтобы сказать: "У пациента проблемы с выбором работы", психотерапевт говорит: "Пациент отрицает потенциальные возможности карьерного роста и прокрастинирует вместо того, чтобы искать работу"; или вместо того, чтобы сказать: "У пациента возникают трудности в отношениях", психотерапевт говорит: "Пациент неоднократно выбирал партнеров, которые бросали его или отстранялись от него". Такой подход к описанию существующих проблем помогает психотерапевту эффективно сформулировать терапевтические цели.

Пример из практики. Марике 45 лет. Она обратилась к психотерапевту за помощью в решении семейных проблем. Далее приведены фрагменты из ее беседы с д-ром Янгом. На момент этого разговора, Марика уже восемь месяцев проходила схема-терапию с другим психотерапевтом.

В первом фрагменте Марика описывает свои отношения с мужем Джеймсом.

> "Я замужем за Джеймсом семь лет. Я вышла замуж в 38 лет. У нас нет детей. Мы оба работаем. Я управляю художественной галереей, а он — владелец строительной компании. Мы оба сделали блестящую карьеру, но мы вечно не вполне довольны сами собой и постоянно заняты".

"Мне кажется, когда мы только поженились, я не воспринимала его нападки всерьез. Сейчас я думаю, что Джеймс абьюзер; он словесно и эмоционально оскорбляет меня. Я думала, что с моей помощью он исправится — со временем. Теперь я чувствую, будто у меня больше не осталось ни времени, ни терпения на его выходки, но я люблю его и хочу сохранить брак".

Все способы, к которым прибегала Марика, чтобы улучшить свой брак, перестали работать, и у нее уже не осталось сил на продолжение попыток. Она чувствует, что ее эмоциональные потребности не удовлетворяются, и что муж ее оскорбляет. Ее терапевтической целью является улучшение качества супружеских отношений, чтобы она чувствовала, что ее потребности удовлетворяются, и чтобы муж больше не обращался с ней в унизительной манере. В процессе диагностики психотерапевт попытается понять ее семейные проблемы с точки зрения схем и копинговых стратегий — как самой Марики, так и ее мужа.

Оценка соответствия метода схема-терапии потребностям клиента

Схема-терапия подходит не всем пациентам; в некоторых случаях это станет понятно лишь после того, как острый кризис будет устранен и симптомы смягчатся, не раньше. В следующем списке приведены некоторые признаки того, что схема-терапия может либо не подходить пациенту, либо с ее применением следует повременить.

1. У пациента глубокий кризис в какой-то области его жизни.
2. Пациент имеет психотические расстройства.
3. У пациента острое и относительно тяжелое расстройство оси I, лечение которого еще не проводилось, и которое требует к себе немедленного внимания.
4. Пациент в настоящее время злоупотребляет алкоголем или наркотическими веществами на уровне от умеренного до тяжелого.
5. Озвученная пациентом проблема носит ситуативный характер или не выглядит связанной с жизненным паттерном или схемой.

Если пациент переживает кризис, психотерапевт работает над его разрешением до начала схема-терапии. Если у пациента острое, тяжелое и неизлеченное заболевание по оси I, психотерапевт сначала направляет лечение на облегчение симптомов посредством когнитивно-поведенческой терапии или психотропных препаратов. Например, если у пациента наблюдаются тяжелые приступы паники, глубокая депрессия, бессонница или булимия, то, прежде чем приступить к работе над схемой, психотерапевт занимается острым расстройством. Если в настоящее время пациент злоупотребляет психоактивными веществами, психотерапевт сначала направляет лечение на прекращение этого злоупотребления. Как только пациент прекратил аддиктивное поведение или значительно сократил его проявления, психотерапевт переходит к работе над схемой. Практически невозможно эффективно работать над схемой, если пациент серьезно злоупотребляет психоактивными веществами, поскольку они подавляют эмоции, с которыми пациенту приходится сталкиваться, чтобы прогрессировать. Это особенно заметно в тех случаях, когда пациент находится под воздействием наркотиков или алкоголя прямо во время сеансов психотерапии.

Изначально мы разрабатывали схема-терапию для лечения расстройств личности, но в настоящее время она используется для лечения многих хронических расстройств оси I, часто в сочетании с другими методами. Устойчивая к лечению или рецидивирующая тревога и депрессия часто являются подходящими мишенями для схема-терапии. Когда у пациента нет явно выраженного расстройства, относящегося к оси I, часто назначается схема-терапия. Например, пациент в возрасте 31 года проходил когнитивно-поведенческую терапию для лечения депрессии, но у него не получалось выполнять домашние задания. Психотерапевт формулирует проблему с точки зрения схемы Покорности. Домашние задания напоминают пациенту о его школьных годах, когда он негодовал по поводу контроля со стороны родителей и учителей, восставал против авторитетов. Как и тогда, пациент гиперкомпенсирует свою схему, не выполняя домашние задания. Поскольку пациент хочет добиться прогресса, психотерапевт может объединить усилия с ним в борьбе со схемой, чтобы завершить работу, начатую с применением когнитивно-поведенческого метода.

Другие терапевтические трудности, которые можно решать посредством схема-терапии, включают в себя проблемы регулярности посещения сеансов и проблемы терапевтических отношений. Если существуют некие блоки, снижающие эффективность лечения, подход схема-терапии может помочь терапевту и пациенту в концептуализации такого блока и выработке возможных решений. Часто бывает полезным представить пациенту блок в качестве режима, а затем дать ему понять, что вы с ним будете действовать как союзники, чтобы научить его реагировать на этот режим здоровым образом.

История жизни пациента

Психотерапевт пытается определить, имеют ли текущие проблемы пациента ситуативный характер или же отражают некие паттерны в его жизни. Например, 64-летний мужчина попадает на терапию после смерти своей жены. Он находится в глубокой депрессии и не реагирует ни на фармакологическое, ни на психологическое лечение. Представляет ли собой его депрессия работу схемы или это просто последствие его горя? Оба варианта в равной мере вероятны.

Чтобы ответить на этот вопрос, психотерапевт сосредоточивается на изучении истории жизни пациента. Он начинает с текущей проблемы и постепенно продвигается в прошлое пациента, чтобы отследить проблему как можно дальше. Психотерапевт ищет периоды активации схемы в прошлом, анализируя их вместе с пациентом. Испытывал ли пациент какие-либо травматические потери в детстве? Паттерны возникают как схожие триггерные события, когниции, эмоции и поведение, которые периодически повторяются в разных ситуациях. Истории отношений пациента с другими людьми, трудности в школе или на работе, а также периоды интенсивных эмоций дают ключи к схемам. Например, если пациентка испытывает проблемы со сдерживанием своего гнева при общении с начальником, вполне возможно, что он запускает одну из ее схем. Дальнейшее изучение этого вопроса может пролить свет на этот вопрос.

Психотерапевт также пытается определить копинговые стратегии (капитуляция, избегание или гиперкомпенсация) пациента. Психотерапевт исследует, каким образом пациент совладал со своими схемами в прошлом.

Когда пациенты капитулируют перед схемой, они воспроизводят ее так же, как это происходило с ними в детстве, в той же роли. Они испытывают те же мысли и чувства, которые были им свойственны в детстве, и ведут себя так же, как тогда. Избегание схемы, напротив, выглядит как бегство от схемы. Она предполагает использование когнитивной, эмоциональной или поведенческой стратегии с целью отрицания схемы, ее минимизации или отделения от нее. При гиперкомпенсации схемы пациент, кажется, сопротивляется: использует когнитивную, эмоциональную или поведенческую тактику для контратаки, компенсации или экстернализации схемы.

Психотерапевт представляет пациенту концепцию копинговых стратегий, объясняя, что это те стратегии, которые были разработаны им в детстве, чтобы адаптироваться к неприятным событиям. Индивидуальные копинговые стратегии пациентов являются результатом взаимодействия их темперамента и родительского подхода к воспитанию. Со временем, эти стратегии стали обобщенными средствами взаимодействия с миром. Копинговые стратегии становятся особенно заметными, когда запускаются схемы. Психотерапевт говорит пациентам, что копинговые стратегии могут препятствовать доступу к схемам и мешать достижению прогресса в лечении. Кроме того, некоторые копинговые стратегии, такие как употребление психоактивных веществ или эмоциональная отстраненность, сами по себе проблематичны. Такое знакомство с копинговыми стратегиями обуславливает необходимость заполнения опросников и побуждает пациентов предоставлять психотерапевту информацию о том, как они справлялись с трудностями в прошлом.

Случай Марики

В беседе с Марикой (пациентка из приведенного выше примера) д-р Янг целенаправленно сосредоточивается на истории ее жизни, чтобы определить, являются ли ее трудности в браке с Джеймсом уникальными для их отношений или выступают в качестве общего жизненного паттерна. В следующем фрагменте д-р Янг расспрашивает Марику о ее предыдущих отношениях. Он начинает с настоящего времени и перемещается в обратном направлении, выискивая информацию, которая относится к текущей проблеме пациентки.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы можете сказать о ваших отношениях в прошлом, до Джеймса?

МАРИКА: Это была практически копия наших с Джеймсом отношений. Они оба злоупотребляли алкоголем. Оба оскорбляли и обижали меня. Но если Джеймс отстраняется от меня в эмоциональном плане, то Крис делал это в буквальном смысле слова, физически: он уходил и не ночевал дома. Оба мужчины были щедры в финансовом плане, и оба часто говорили, что любят меня.

В этот момент в романтических отношениях Марики появляется паттерн. Оба партнера проявляли к ней "жестокое обращение", и она чувствовала себя с ними "покинутой", оба были щедры в материальном плане. Психотерапевт выдвигает гипотезу

о том, что у нее присутствуют схемы из домена Нарушение связи и отвержение — возможно, схема Недоверия/Ожидания жестокого обращения, — и спрашивает о ее реакции на мужчин, которые хорошо относились к ней.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы вели себя с теми, кто хорошо относился к вам? Как насчет "хороших парней"? Наверняка ведь кто-то обращался с вами хорошо.

МАРИКА: Отношения с ними длились недолго. Я бросала их. Эти отношения были просто ужасны.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Они были слишком добры к вам?

МАРИКА: Один парень был очень милым; он заботился обо мне и дарил мне подарки.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Он критиковал вас?

МАРИКА: Нет, он ловил каждое мое слово. Мы с ним вели глубокие беседы.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что было не так с этими отношениями?

МАРИКА: Он был из Европы и придерживался чересчур "старорежимных" взглядов.

Ответ Марики подтверждает гипотезу о том, что ее проблемы с Джеймсом обусловлены схемой, а не ситуацией. В ее истории появляется паттерн, означающий, что ее привлекают мужчины, которые плохо к ней относятся, и не интересуют те мужчины, которые проявляли заботу и хорошее отношение к ней. Этот паттерн хорошо согласуется с нашей моделью: мы считаем, что запуск схем влияет на "химию" привлекательности в романтических отношениях. Объяснение Марики, почему ее не привлек "хороший парень", не выглядит правдоподобным, а скорее похоже на рационализацию отсутствия такой "химии", влечения в отношениях с ним. При выборе мужчин для построения романтических отношений проявляется ее копинговая стратегия, которая, по-видимому, заключается в капитуляции перед схемой. В отношениях Марики с Джеймсом очевидны и другие копинговые стратегии. Чтобы гиперкомпенсировать свое ощущение эмоциональной депривированности, она становится злой и требовательной. Это провоцирует споры с Джеймсом — таким же образом, как провоцировало негативные реакции ее отца, когда она была ребенком. Результатом гиперкомпенсации, таким образом, является то, что в конечном итоге она чувствует себя еще более обделенной вниманием и заботой. Ее попытка гиперкомпенсировать схему в результате лишь способствует подкреплению схемы. Это почти всегда бывает так: конечным результатом избегания и гиперкомпенсации схемы становится укрепление схемы.

Разрабатывая гипотезы о схемах и копинговых стратегиях, психотерапевт отмечает возможные связи между схемами. Существуют ли какие-то схемы, которые запускаются вместе? Мы называем это связанными схемами. Например, у Марики связаны схемы Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости. Когда она чувствует себя лишенной любви, она винит себя. Она приписывает пренебрежительное отношение Джеймса своим недостаткам. Она "недостаточно хороша", чтобы быть безусловно любимой. Ее ощущение депривированности неразрывно связано с чувством Неполноценности/Дефективности.

ИНСТРУМЕНТЫ ДИАГНОСТИКИ В СХЕМА-ТЕРАПИИ

Мультимодальный опросник жизненной истории

Мультимодальный опросник жизненной истории позволяет провести комплексную оценку текущих проблем пациента, симптомов, семейной истории, образов, когниций, отношений, биологических факторов, а также значимых воспоминаний и переживаний. Заполнение опросника занимает довольно много времени, поэтому данный инструмент может быть предложен в качестве домашнего задания. Если пациент заполнит опросник вне сеанса психотерапии, это может сэкономить много времени для работы с психотерапевтом. Например, в опроснике пациенту предлагается перечислить воспоминания детства, и эти воспоминания являются ключом к его ранним дезадаптивным схемам. (Иногда пациенты, которые не сообщают о жестоком обращении в беседе, делают это в опроснике. Они не могут заставить себя рассказать об этом психотерапевту напрямую, но могут изложить эту информацию в письменном виде после сеанса.) Психотерапевт использует полученный материал для формулирования гипотез о жизненных паттернах, схемах и копинговых стратегиях пациента.

Методика диагностики ранних дезадаптивных схем Янга (Young Schema Questionnaire — YSQ-L2; *Young & Brown, 1990, 2001*) — это тест, который применяется для диагностики схем[2]. Пациенты оценивают утверждения по шестибалльной шкале Лайкерта, выбирая, насколько каждое из них подходит самому пациенту. Психотерапевт обычно предлагает пациенту заполнить этот опросник дома после первого или второго сеанса психотерапии.

Утверждения в опроснике сгруппированы по схемам. После каждого набора утверждений проставлен код, состоящий из двух букв и указывающий психотерапевту на то, какая схема здесь оценивается. Однако само название схемы в опроснике отсутствует. Ключ к аббревиатурам кодов приведен в бланке обработки результатов.

Психотерапевт обычно не вычисляет общий или средний балл для каждой схемы пациента, чтобы интерпретировать результаты. Скорее, он смотрит на утверждения по каждой схеме в отдельности, отмечая высокие значения (обычно 5 и 6) и обращая внимание на паттерны. Психотерапевт затем просматривает заполненный опросник вместе с пациентом, задавая вопросы о тех утверждениях, которым пациент поставил высокие оценки. По нашим наблюдениям, если у пациента есть три или более высоких

---

[2] Опросник доступен как в полной, так и в краткой формах. Полная версия (YSQ-L2) содержит 205 утверждений и оценивает 16 ранних дезадаптивных схем, которые мы определили во время создания опросника. В новой редакции мы добавили дополнительные утверждения, чтобы можно было охватить все 18 схем. Для клинического использования более предпочтительна полная форма, поскольку она раскрывает больше тонкостей каждой схемы и, таким образом, предоставляет более подробную информацию.

Краткая форма опросника содержит 75 утверждений, которые объединены в пять общих групп, выделенных посредством факторного анализа *(Schmidt et al., 1995)*. Мы будем добавлять новые утверждения и в эту форму, чтобы она также позволяла охватить все 18 схем. Краткая форма часто применяется для научных исследований, поскольку для ее заполнения требуется гораздо меньше времени.

оценок (5 или 6 баллов) по той или иной схеме, скорее всего, у него имеется данная схема, и она требует дальнейшего изучения.

Психотерапевт использует утверждения с высокими оценками, чтобы побудить пациента к рассказу о каждой имеющейся схеме, задавая вопрос "Можете ли вы рассказать мне больше о том, как это утверждение относится к вашей жизни?" Как правило, достаточно проработать вместе с пациентом два утверждения с высокими оценками для каждой из актуальных схем, чтобы передать суть этой схемы. Психотерапевт рассказывает пациенту о названии и сути каждой из схем, утверждения которой получили высокие оценки, и предлагает ему прочесть книгу "Прочь из замкнутого круга" Янга и Клоско, чтобы узнать о схемах больше.

К данному моменту этапа диагностики психотерапевт уже определил, какие проблемы актуальны для пациента сегодня, и проанализировал историю его жизни. Психотерапевт уже сформулировал гипотезы о схемах пациента. Результаты заполнения пациентом методики диагностики ранних дезадаптивных схем Янга могут подтвердить или опровергнуть эти гипотезы. Эти результаты также могут противоречить полученной ранее информации, и тогда психотерапевт задает вопросы о выявленных несоответствиях. Иногда пациенты неправильно понимают вопросы, своеобразно интерпретируют их или пытаются радикально переписать их в соответствии со своими взглядами. Психотерапевт уточняет такие расхождения, чтобы точно идентифицировать схему.

Некоторые пациенты обнаруживают, что даже сам по себе процесс заполнения опросника становится триггером их схем. Неустойчивые пациенты, такие как пациенты с ПРЛ, перенесшие тяжелую травму, могут испытывать сильные эмоции при оценке утверждений, поэтому им может потребоваться больше времени для заполнения опросника. Психотерапевт может попросить такого пациента еженедельно оценивать определенное количество утверждений, либо же они могут вместе работать над опросником на сеансе психотерапии. Некоторые пациенты могут реагировать на расстраивающие их вопросы избеганием. Они пропускают неприятные для себя утверждения, "забывают" заполнить опросник или оценивают все без исключения утверждения низкими баллами, даже не вчитываясь в них. Они избегают опросника, чтобы не встретиться со своими схемами. Ответы такого типа указывают на избегающую копинговую стратегию. Если у пациента постоянно возникают трудности при заполнении опросника, психотерапевт не настаивает на его заполнении. В таком случае психотерапевт вместе с пациентом исследуют причины, по которым пациент не заполняет опросник. Если мы не можем преодолеть эти препятствия относительно быстро, то обычно рассматриваем это как признак наличия у пациента существенных проблем с избеганием и в большей степени полагаемся на другие стороны оценочного процесса, чтобы определить, какие именно схемы присутствуют у пациента.

Обычно мы посвящаем тому, чтобы просмотреть вместе с пациентом заполненный им опросник, один-два сеанса — в зависимости от количества схем с высокими оценками. Поскольку пациентам разрешается изменять формулировку утверждений, психотерапевт и пациент могут многое обсудить в этом контексте. Разговоры об утверждениях опросника обычно побуждают пациентов приступить к изучению важной для них информации. Когда Психотерапевт, вместе с пациентом просматривая опросник,

постоянно формулирует и пересматривает гипотезы о схемах пациента, связывая их с имеющимися у пациента проблемами и его историей жизни.

Опросник родительского стиля Янга

Опросник родительского стиля Янга (*Young Parenting Inventory — YPI*; *Young, 1994*) — один из основных инструментов выявления источников происхождения схем в детстве. Он содержит 72 вопроса, с помощью которых респонденты оценивают разные параметры поведения своих отца и матери (по отдельности), которые, как предполагается, способствовали развитию схем у пациента. Как и в методике диагностики ранних дезадаптивных схем Янга, в Опроснике родительского стиля Янга используется шестибалльная шкала Лайкерта, а вопросы сгруппированы по схемам. Обычно мы предлагаем пациентам Опросник родительского стиля Янга в качестве домашнего задания спустя несколько недель после заполнения методики диагностики ранних дезадаптивных схем Янга — обычно на пятом-шестом сеансе, когда обсуждаем происхождение схем.

Если пациентов воспитывали мачехи или отчимы, бабушка с дедушкой или другие люди, заменяющие родителей, они могут видоизменить опросник, добавив столбцы для дополнительных родителей или тех, кто их заменял. Например, пациентка жила с матерью и отцом, а затем, когда ее отец умер (ей тогда было пять лет), — с матерью и отчимом. Она добавила колонку и оценила утверждения Опросника родительского стиля Янга для своей матери, отца и отчима.

Данная методика позволяет оценить наиболее распространенные источники происхождения ранних дезадаптивных схем. Она отражает окружающую среду ребенка, которая, по нашим наблюдениям, может формировать те или иные схемы. Однако возможна ситуация, когда пациента окружала среда, связанная с определенной схемой, но, тем не менее, у него не развилась соответствующая схема. Это может произойти по ряду причин: 1) темперамент пациента препятствовал развитию схемы; 2) один из родителей или значимый человек в жизни ребенка компенсировал воздействие других; 3) сам пациент, значимый взрослый или событие в его жизни в более позднем возрасте излечили схему.

Психотерапевт обрабатывает результаты по Опроснику родительского стиля Янга аналогичным образом, как и по методике диагностики ранних дезадаптивных схем Янга. Он отмечает все пункты с оценкой 5 или 6 для каждого из родителей. (Мы предполагаем, что оценка в 5–6 баллов с высокой степенью вероятности может быть клинически значимой для конкретной схемы). Единственным исключением являются вопросы 1–5, которые оценивают источники происхождения схемы Эмоциональной депривированности. Баллы для них присваиваются в обратном порядке: *низкие* значения указывают на значимость соответствующего вопроса для происхождения схемы Эмоциональной депривированности. В отличие от методики диагностики ранних дезадаптивных схем Янга , для подтверждения значимости той или иной схемы в данном случае не требуется, чтобы высокие оценки получили как минимум два относящихся к ней вопроса. Хотя верно и то, что чем выше оценки по данной схеме, тем выше вероятность того, что она будет релевантной для пациента; любое утверждение, получившее высокие оценки, может иметь значение в контексте вопроса о происхождении схемы.

Например, если пациент ставит высокий балл утверждению о том, подвергался ли он сексуальному насилию со стороны родителя, очень вероятно, что у него присутствует схема Недоверия/Ожидания жестокого обращения, даже если другим вопросам этой схемы были присвоены низкие значения.

На следующем сеансе, после просмотра психотерапевтом результатов заполненного опросника, они вместе с пациентом обсуждают утверждения с высокими оценками. Психотерапевт поощряет пациента предоставить больше информации о каждом источнике, приведя примеры из детства или юности, которые иллюстрируют практические проявления поведения родителя. Это обсуждение продолжается до тех пор, пока психотерапевт не получит полную и точную картину вклада каждого из родителей в возникновение схемы пациента. Психотерапевт объясняет пациенту взаимосвязь между каждым источником и соответствующей схемой, а также то, каким образом источник возникновения схемы в детстве и сама схема могут быть связаны с имеющимися у пациента проблемами.

Хотя Опросник родительского стиля Янга был разработан не для идентификации схем пациентов, а для определения вероятных источников происхождения тех из схем, которым были присвоены высокие оценки в методике диагностики ранних дезадаптивных схем Янга, он, тем не менее, оказался ценным *косвенным* инструментом для выявления схем. Если пациент решительно соглашается с теми утверждениями Опросника родительского стиля Янга, которые отражают типичный источник происхождения схемы, мы зачастую наблюдаем наличие такой схемы, даже если пациент поставил низкие оценки соответствующим ей утверждениям в методике диагностики ранних дезадаптивных схем Янга. Наиболее вероятным объяснением этого парадокса является то, что пациенты зачастую могут точно определить, как обращались с ними родители, даже если им трудно осознать собственные эмоции. Таким образом, для пациентов с ярко выраженным избеганием схем Опросник родительского стиля Янга может оказаться более эффективным инструментом диагностики, чем методика ранних дезадаптивных схем Янга

Психотерапевт сравнивает ответы по Опроснику родительского стиля Янга с ответами по методике диагностики ранних дезадаптивных схем Янга. Если схемы с высокими значениями по одному опроснику соответствуют схемам с высокими значениями по другому, это повышает вероятность их значимости. Несоответствия также предоставляют психотерапевту важную информацию. Как и в случае методикой диагностики ранних дезадаптивных схем Янга, баллы по Опроснику родительского стиля Янга также могут быть низкими в результате избегания или гиперкомпенсации схемы. Если пациент поставил утверждению неожиданно низкую оценку, психотерапевт может сказать следующее: "В методике диагностики ранних дезадаптивных схем вы отметили, что на протяжении всей вашей жизни люди пытались вас контролировать, но в Опроснике родительского стиля вы указали, что ваши отец и мать не пытались управлять вашей жизнью. Не могли бы вы помочь мне понять, как эти два утверждения согласуются друг с другом?" Попытки устранить очевидные несоответствия, подобные этому„ бывают очень полезными как для уточнения схем пациента и источников их происхождения, так и для помощи пациентам в осознании чувств, которые они подавляли, и событий, которых они ранее избегали.

Опросник избегания Янга–Рай

Опросник избегания Янга–Рай (*Young & Rygh, 1994*) состоит из 41 утверждения, которые оценивают избегание схемы. Он включает в себя такие утверждения, как "Когда я один, то провожу много времени у телевизора", "Я стараюсь не думать о вещах, которые меня расстраивают", "Я начинаю себя чувствовать физически плохо, когда дела не ладятся". Респонденты оценивают свое согласие с утверждениями по 6-балльной шкале.

Как и в других методиках, психотерапевт не столько ориентируется на итоговый общий балл, сколько обсуждает с пациентом утверждения, получившие высокие оценки. Тем не менее, высокая общая оценка указывает на общий паттерн избегания схемы. Методика не является специфичной для той или иной схемы: эта копинговая стратегия может применяться для избегания любой схемы.

Опросник компенсации схемы Янга

Опросник компенсации схемы Янга (*Young, 1995*) состоит из 48 утверждений и оценивает гиперкомпенсацию схемы. Среди утверждений есть следующие: "Я часто обвиняю других, когда что-то идет не так", "Я мучаюсь при необходимости принять решение, потому что боюсь совершить ошибку", "Я не люблю правила и получаю удовольствие от их нарушения". В методике оценивания используется шестибалльная шкала Лайкерта.

Психотерапевт использует Опросник компенсации схемы в качестве клинического инструмента, обсуждая с пациентом утверждения с высокими оценками. Например, если пациент присваивает высокий балл обвинению как копинговой стратегии, психотерапевт просит привести пример. Психотерапевт исследует, не является ли обвинение гиперкомпенсацией других, более болезненных чувств — например, чувства стыда. Психотерапевт может спросить: "Возможно ли, что обвинение является вашим способом совладать с чувством стыда?" Со временем, пациенты учатся самостоятельно отслеживать свое использование копинговых стратегий, выявленных с помощью этих двух методики.

ДИАГНОСТИКА С ПОМОЩЬЮ ВООБРАЖЕНИЯ

К этому этапу диагностики психотерапевт уже выяснил историю жизни пациента и проанализировал вместе с пациентом заполненные им опросники. Психотерапевт и пациент выстраивают рациональные определения схем пациента и его копинговых стратегий.

Следующим шагом является намеренный запуск схем пациента на сеансе психотерапии, чтобы как психотерапевт, так и сам пациент могли их прочувствовать. Психотерапевт обычно достигает этой цели в процессе работы с воображением. Воображение является мощным инструментом диагностики для большинства паци-

ентов. Благодаря быстроте и наглядности, с которыми они "вскрывают" базовые ощущения и воспоминания пациента, образы представляют собой наиболее эффективное средство идентификации схем. Подробное описание работы с воображением пациентов представлено в главе 4. Здесь мы приводим краткий обзор методики использования воображения (визуализации) при оценке ситуации.

Использование воображения для диагностики схемы имеет следующие цели.

1. Определить и запустить схемы пациента.
2. Понять источники возникновения схем в детстве пациента.
3. Установить связь схем с текущими проблемами пациента.
4. Помочь пациенту испытать эмоции, связанные со схемами.

Мы начинаем с представления пациентам убедительного обоснования в пользу работы с воображением — это позволит им почувствовать свои схемы, понять источники происхождения схем в детстве и связать схемы с текущими проблемами.

Предоставив пациентам такое краткое обоснование, мы попросим их закрыть глаза и позволить образу появиться в их сознании. Мы просим их не навязывать себе образ, а позволить ему появиться самостоятельно. Как только пациенты видят какой-то образ, мы просим описать его нам вслух, используя предложения в настоящем времени. Мы помогаем им сделать образ ярким и эмоционально реалистичным.

Следующее упражнение представляет собой, так сказать, введение в технику визуализации. Читатели могут попробовать выполнить это упражнение самостоятельно. Оно основано на упражнении для групповых тренингов, которое мы изначально разработали для психотерапевтов, посещающих семинары по схема-терапии (*Young, 1995*).

1. Закройте глаза. Представьте себя в безопасном месте. Используйте визуальное изображение, а не слова или мысли. Пусть образ придет сам по себе. Обратите внимание на детали. Скажите мне, что вы представляете. Что вы чувствуете? Есть ли с вами кто-нибудь еще или вы один? Наслаждайтесь расслаблением, чувством безмятежности в вашем безопасном месте.
2. Продолжая держать глаза закрытыми, сотрите этот образ. Теперь представьте себя ребенком, рядом с одним из своих родителей, в неприятной для вас ситуации. Что вы видите? Где вы находитесь? Обратите внимание на детали. Сколько вам лет? Что происходит в образе, который вы видите?
3. Что вы чувствуете? О чем думаете? Что чувствует ваш родитель? О чем он думает?
4. Ведите диалог между вами и родителем. Что вы говорите? Что говорит родитель? (Продолжайте, пока диалог не придет к естественному завершению.)
5. Подумайте, какие изменения вы хотели бы увидеть в своем родителе в этой визуализации, даже если это кажется невозможным. Например, вы хотите, чтобы родитель давал вам больше свободы? Больше любви? Больше понимания? Больше признания? Был менее критичен? Был лучшим примером для подражания? Теперь скажите своему родителю — словами ребенка, — какие вы хотели бы видеть изменения в нем.
6. Как реагирует родитель? Что дальше происходит в образе? Удерживайте образ до конца этой сцены. Как вы себя чувствуете в конце сцены?

7. По-прежнему не открывайте глаза. Теперь усильте чувство, которое испытываете в этом образе. Сделайте эмоцию сильнее. Теперь, удерживая эмоции в своем теле, сотрите образ себя как ребенка и представьте ситуацию в вашей *текущей* жизни, в которой вы испытываете такое же или подобное чувство. Не пытайтесь его форсировать; пусть он придет сам по себе. Что происходит с образом? О чем вы думаете? Что вы чувствуете? Скажите вслух. Если на воображаемой картинке есть кто-то еще, скажите ему, какие перемены в нем вы хотели бы видеть. Как реагирует этот человек?
8. Сотрите этот образ и вернитесь в свое безопасное место. Наслаждайтесь чувством расслабленности и спокойствия. Откройте глаза.

Диагностика с помощью воображения, которую мы проводим с пациентами, похожа на это упражнение. Мы начинаем визуализацию с безопасного места и им же заканчиваем. Мы просим пациентов представить отдельные образы неприятных ситуаций из детства с каждым из родителей и с любыми другими значимыми фигурами из их детства или подросткового возраста. Затем мы объясняем пациентам, как говорить с людьми из этих образов, как выражать свои мысли, чувства и желания. Затем мы просим пациентов переключиться на образ из их *нынешней* жизни, который ощущается так же, как ситуация в детстве. Пациенты снова проводят диалог — на этот раз с персонажем из своей взрослой жизни, — проговаривая вслух, что они думают, чувствуют и чего хотят от него. Мы повторяем этот процесс до тех пор, пока не охватим все значимые в детстве моменты, которые внесли свой вклад в формирование схем пациента (в главе 4, посвященной техникам переживания, приведен фрагмент стенограммы проведения этого упражнения д-ром Янгом).

При работе с воображением важно приступить к выполнению упражнения в начале сеанса, чтобы после его завершения осталось достаточно времени для обсуждения результатов. В ходе обсуждения психотерапевт помогает пациентам исследовать их образы, чтобы выявить схемы, понять источники их возникновения в детстве и связать их с текущими проблемами. Кроме того, психотерапевт помогает пациенту интегрировать работу над образами с информацией, полученной с помощью других инструментов диагностики схемы.

Иногда сеанс работы с воображением оставляет пациента в расстроенных чувствах. Если провести работу с образами в начале сеанса психотерапии, у пациента будет достаточно времени для восстановления душевного равновесия перед уходом из кабинета психотерапевта. Если пациент боится работать над образами, психотерапевт пытается успокоить его. Психотерапевт говорит пациенту, что тот контролирует собственные образы, и, хотя психотерапевт просит закрыть глаза, чтобы повысить концентрацию, пациент может открыть их, если чувствует, что ему тяжело. Вследствие травматичности историй, чувства недоверия или беспокойства, некоторые пациенты работают над образами, опустив глаза, но не закрывая их полностью. Некоторые просят, чтобы психотерапевт не наблюдал за ними во время упражнения. Психотерапевт выполняет эту просьбу. По окончании работы с визуализацией психотерапевту следует вернуть пациента в настоящий момент, в "здесь и сейчас", используя упражнение на осознанность.

Обычно мы начинаем с неприятного образа из детства пациента, а затем стараемся связать это изображение с его текущей жизнью. Тем не менее, упражнения на визуализацию могут проводиться и по-другому. Например, если пациент приходит на сеанс, будучи уже расстроенным какими-либо текущими событиями, мы можем использовать образ этой ситуации в качестве отправной точки: попросить пациента представить ее себе, а затем вернуться в прошлое, представив образ из детства, когда он испытывал то же самое. Мы можем использовать образ конкретного симптома в теле пациента в качестве отправной точки. Например, мы можем сказать: "Можете ли вы представить себе свою спину, когда вам больно? Как она выглядит? О чем говорит эта боль?" Мы можем использовать сильные эмоции, которые пациент испытывает, но не осознает в качестве отправной точки. Далее приведены несколько примеров.

Клинические случаи

Образы детства

Надин 25 лет. Она обратилась к психотерапевту, чтобы избавиться от депрессии. Надин работает офис-менеджером в крупной компании. Ее постоянно повышают на работе, поскольку она отлично умеет улаживать разногласия в коллективе и часто берет на себя выполнение заданий, которых сторонятся другие сотрудники. Хотя Надин работает весьма эффективно, психотерапевт установил, что ее депрессия является признаком того, что ее поведение на работе обусловлено схемой и наносит ей ущерб.

Рассказывая свою жизненную историю, Надин сообщила, что выросла в религиозной семье, в которой всем, кроме отца, было запрещено выражать гнев. Надин была старшей из пяти детей. Поскольку ее мать была больна, Надин несла ответственность за своих младших братьев и сестер, — и ей не разрешалось жаловаться. Она была обязана жертвовать всем ради своих родителей, братьев и сестер, которые нуждались в заботе, чем она.

Проводя работу над образами детства, Надин рассказала о случае, когда отец несправедливо обвинил ее в том, что она якобы дала матери неправильное лекарство. На самом деле лекарство дала младшая сестра, но Надин чувствовала, что было бы неправильно вовлекать ее в конфликт, поэтому взяла вину на себя. Она стояла перед разгневанным отцом, подавляя злость, вызванную несправедливостью ситуации и своим актом самопожертвования. Когда психотерапевт попросил ее представить картину текущей ситуации, которая ощущалась бы точно таким же образом, Надин вспомнила, как взяла на себя вину за ошибку своего подчиненного.

Схема Самопожертвования Надин делает ее идеальным объектом для эксплуатации на работе. Как и в своей родной семье, Надин выступает в роли посредника в спорах, берет на себя чужую вину и добровольно выполняет неприятные задания. Она подавляет свой гнев, но ее депрессия от этого лишь усиливается. Движимая своей готовностью к самопожертвованию, она запечатлевает схему Эмоциональной депривированности. (Очень часто пациенты со схемой Самопожертвования также имеют схему Эмоциональной депривированности, поскольку они сосредоточены на удовлетворении потребностей других людей, а не на собственных нуждах). Дома и на работе Надин заботится о других, но никто не заботится о ней самой. Визуализация помогает Надин

распознать источник происхождения схемы Самопожертвования в детстве и связать ее с депрессией.

Образ, связанный с эмоцией

Дайана — 50-летняя разведенная женщина, которая ведет собственный успешный бизнес. Она сообщает о своей истории повышенной тревожности, которую не удалось снизить с помощью предыдущего курса психотерапии. Она пришла на свой третий сеанс схема-терапии, испытывая тревогу и заявляя, что не знает причины ее возникновения. Вспоминая события за неделю, она сказала, что накануне вечером ее 17-летняя дочь опоздала, забирая мать с работы домой. Умом она осознавала, что поводов для тревоги нет, но на уровне эмоций была напугана, и ее тревога не исчезла до сих пор.

Психотерапевт попросил Дайану закрыть глаза и представить картину предыдущего вечера, когда она ждала приезда дочери. Как только у Дайаны появился яркий образ, и она смогла вспомнить свое чувство страха, психотерапевт попросил ее представить образ ситуации, когда она испытывала то же самое в детстве. Дайана увидела себя в детстве, в последний день летнего лагеря, когда родители должны были забрать ее домой. Поскольку ее мать страдала биполярным расстройством и не могла заботиться о ней постоянно, а отец был продавцом и по работе часто уезжал далеко от дома, Дайана боялась, что никто за ней не приедет. Увидев, как другие дети уходят со своими родителями, она начала паниковать, ходить туда-сюда. В конце концов, она осталась единственным ребенком в лагере. Этот образ продемонстрировал схему Покинутости/Нестабильности Дайаны.

Затем психотерапевт попросил Дайану продолжить упражнение, вернувшись к текущему образу, в котором она ждала дочь, чтобы та отвезла ее домой. Теперь Дайана понимает, почему она была так напугана: ее схема Покинутости/Нестабильности была спровоцирована опозданием дочери. Работа над образами помогла ей определить схему, лежащую в основе тревоги. Когда пациенты испытывают сильные эмоции, которые не могут понять, образы часто помогают обнаружить схему, которая скрыта за ними.

Образ, связанный с соматическим симптомом

Соматические симптомы часто являются признаками избегания схемы. Когда у пациентов присутствуют соматические симптомы, образы часто могут помочь им преодолеть когнитивное и эмоциональное избегание, чтобы выявить базовые схемы. Полу 46 лет, по профессии он врач. В общей сложности, он посещал сеансы психотерапии на протяжении 20 лет, пытаясь избавиться от страха, что у него “мигрирующая опухоль” в теле. Несмотря на все его познания в области медицины, которые говорят, что это невозможно, несмотря на бесконечные медицинские обследования, которые не смогли обнаружить аномалии, Пол продолжает опасаться, что он смертельно болен и может умереть в любой момент.

Работая с воображением, психотерапевт просит Пола определить, где сейчас в теле находится опухоль. Психотерапевт просит его представить образ опухоли и описать ее размер, текстуру, форму и цвет. Психотерапевт инструктирует его, как говорить с опухолью, и велит спросить, почему она находится в теле, а затем взять на себя роль

опухоли и ответить. Говоря от имени опухоли, Пол отвечает, что работает не на максимуме своих возможностей, что он очень плохой. Опухоль находится в его теле, чтобы его наказать. Полу нужно работать более добросовестно, иначе опухоль погубит его.

Затем психотерапевт просит Пола представить образ человека, с которым он чувствовал себя точно так же в детстве. Пол представляет себя ребенком со своим требовательным отцом. Отец говорит, что его школьные оценки неприемлемы, и что он должен работать усерднее. Как и опухоль, отец отображает схему Жестких стандартов/Придирчивости Пола. Работа с воображением помогает Полу получить доступ к схеме, лежащей в основе его соматического симптома, и найти источник происхождения схемы в его отношениях с отцом в детстве.

Преодоление поведения избегания схемы

Избегание схемы является наиболее распространенным препятствием на пути эффективной работы над образами. Избегание схемы может проявляться несколькими способами. Пациенты могут отказаться выполнять упражнение, презрительно заявив, что оно будет для них бесполезным. (Это классический ответ нарциссического пациента.) Пациенты могут тормозить процесс, задавая вопросы или поднимая несущественные темы, чтобы отвлечь психотерапевта. Пациенты могут постоянно открывать глаза вместо сосредоточения на визуализации или настаивать на том, что они видят лишь “пустой экран”. Их образы могут быть слишком расплывчатыми, или они могут видеть только “непонятные фигурки”.

Есть много возможных причин избегания схемы. Некоторые можно легко преодолеть: пациент может стесняться того, что ему не удается справиться с заданием, беспокоиться о правильности его выполнения или слишком нервничать, пытаясь сосредоточиться. Зачастую психотерапевт может разрешить эти трудности, просто повторив обоснование для работы над образами и убедив пациента, что трудности можно преодолеть. Психотерапевт также может начать с менее пугающих тем, например, с приятных или нейтральных образов, а затем постепенно переходить к более неприятным.

У нас есть несколько способов преодоления поведения избегания схемы при работе с воображением. Мы опишем их более подробно в главе об экспериенциальных стратегиях (глава 4) и вкратце перечислим здесь.

1. Предоставление пациенту рационального обоснования необходимости работы над образами.
2. Анализ преимуществ и недостатков выполнения упражнения.
3. Начинаем с успокаивающих образов, с постепенным переходом к образам, вызывающим тревогу.
4. Диалог с избегающей стороной личности пациента (работа с режимами).
5. Использование техник управления эмоциями, таких как осознание или релаксация.
6. Начало лечения психотропными препаратами.

У некоторых пациентов возникают проблемы с визуализацией себя в детстве. В таком случае пациенту будет полезно представить себя в настоящем, а затем двигаться в

обратном направлении — к раннему взрослому возрасту, юности и, наконец, к детству. Также будет полезно попросить пациента представить своих родителей или братьев/сестер такими, какими они выглядели в детстве. Иногда пациенты не могут визуализировать себя, но могут визуализировать других людей и места из своего детства. Кроме того, пациенты могут принести свои детские фотографии, чтобы стимулировать воображение. Психотерапевт и пациент могут вместе просмотреть фотографии, а психотерапевт может задавать вопросы наподобие: "О чем может думать этот ребенок? Что он может чувствовать? Чего он может хотеть? Что произойдет дальше в этой сцене?"

Другой техникой преодоления избегания схемы является ведение диалога с избегающей стороной личности пациента. Мы называем ее режимом Отстраненного защитника (см. главу 8). Отстраненный защитник защищает пациента, "отсекая" его чувства. Психотерапевт договаривается с Отстраненным защитником, чтобы получить доступ к уязвимой части пациента, которая содержит его базовые схемы, — к режиму Уязвимого ребенка.

Однако иногда психотерапевту нелегко справиться с поведением избегания схемы. Постоянное избегание схемы может указывать на то, что схемы пациента весьма серьезны. Например, пациенты, подвергшиеся жестокому обращению, могут быть слишком недоверчивыми, чтобы позволить себе раскрыться и допустить возможность эмоциональной уязвимости. Излишне сенситивные пациенты могут быть слишком напуганы, чтобы испытывать связанный с их схемами аффект, поскольку боятся декомпенсации. Те, кто излишне склонен к избеганию и гиперкомпенсации своих схем, имеют проблемы с визуализацией, поскольку для них непереносимо негативное воздействие. Прежде чем пытаться работать над образами, таким пациентам может понадобиться установить более стабильную и доверительную связь с психотерапевтом. Работа над образами становится возможной по мере роста степени доверия в терапевтических отношениях.

Некоторые пациенты испытывают большие трудности с детскими образами, потому что с ними произошло некое травмирующее событие, воспоминание о котором блокируется ими; или же, возможно, они испытывали настолько сильные отвержение и депривацию, что в атмосфере детства преобладают пустота и холод, да и самих воспоминаний о детстве мало. В этих случаях психотерапевт должен получить информацию о схемах с помощью других методов диагностики. Тем не менее травмированные или отверженные пациенты могут сообщать об ощущениях и эмоциях, которые дают ключи к их схемам. Например, пациенты могут чувствовать себя в ловушке, когда закрывают глаза, или сообщать о чувстве одиночества. Эти ощущения и эмоции могут помочь терапевту в построении гипотез о схемах пациента.

Оценка терапевтических отношений

Схемы пациента проявляются и в терапевтических отношениях. (Конечно, это относится и к схемам психотерапевта: запускаются его собственные схемы. Мы обсуждаем вопросы контрпереноса в главе 6, посвященной терапевтическим отношениям.) Запуск схем пациента в терапевтических отношениях предоставляет терапевту возможность собрать больше информации для оценки. Психотерапевт и пациент могут

обсудить, что произошло во время работы над выявлением схем, триггеров или связанных с ними мыслей и чувств, включая и текущие обстоятельства, и связанные с ними события в прошлом. Психотерапевт просит пациентов вспомнить о людях, которые заставляют его чувствовать то же самое.

Ранние дезадаптивные схемы провоцируют характерное поведение в ходе психотерапии. Например, пациент со схемой Зависимости/Беспомощности может неоднократно обращаться за помощью в отношении заполнения опросников и выполнения домашних заданий; пациент со схемой Самопожертвования может быть излишне заботлив по отношению к психотерапевту и часто спрашивать о его здоровье и настроении; пациент со схемой Привилегированности/Грандиозности может претендовать на особое к себе отношение (изменения в расписании сеансов или выделение дополнительного времени); пациент со схемой Покинутости/Нестабильности может опасаться довериться психотерапевту из-за страха быть оставленным; пациент со схемой Недоверия/Ожидания жестокого обращения может с подозрением расспрашивать о том, что записывает психотерапевт во время сеанса, и о том, соблюдает ли он конфиденциальность; пациент со схемой Дефективности/Стыдливости может избегать зрительного контакта или испытывать трудности с принятием комплиментов; пациенты со схемой Запутанности/Неразвитой идентичности могут копировать те или иные особенности внешнего вида или стиля поведения психотерапевта. Психотерапевт может узнать о схемах пациента, наблюдая за тем, как тот ведет себя в терапевтических отношениях. Психотерапевт делится этой информацией с пациентом, ведя беседу с эмпатией и с применением терминов схема-терапии.

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ТЕМПЕРАМЕНТА

Как мы уже отмечали в главе 1, мы определили семь гипотетических измерений эмоционального темперамента, взятых из научной литературы и из наших собственных клинических наблюдений.

Лабильность ↔ Нереактивность
Дистимичность ↔ Оптимизм
Тревожность ↔ Спокойствие
Обсессивность ↔ Отвлекаемость
Пассивность ↔ Агрессивность
Раздражительность ↔ Веселость
Застенчивость ↔ Общительность

Под темпераментом мы понимаем определенный набор точек в этой системе координат. Темперамент влияет на то, какие копинговые стратегии применяет человек, чтобы справляться со своими схемами.

Существует несколько причин для проведения оценки темперамента пациента. Во-первых, темперамент является врожденным и всегда существенно влияет на то,

каким образом пациент реагирует на факторы окружающей среды. Хотя каждый вид темперамента несет с собой некоторые недостатки, он также предоставляет и определенные преимущества. Пациенты могут научиться принимать и ценить свою природу, преодолевая с ее помощью возникающие проблемы. Понимание своего темперамента может оказывать огромное влияние на действия человека. Люди не выбирают свой темперамент — ни эмоциональность, ни агрессивность, ни застенчивость. Это не хорошо и не плохо; это просто данность. Например, признание чрезвычайной эмоциональности своей натуры может помочь пациентам с ПРЛ развить чувство собственного достоинства. Они могут увидеть, что вовсе не являются “плохими” вследствие переживания интенсивных чувств, даже если эта интенсивность была проблемой для их родителей. Просто такова их природа — быть страстными людьми. Пациенты также могут обучиться стратегиям изменения своего темперамента и научиться вести себя адекватным образом, несмотря на свою эмоциональность.

Мы должны отметить, что у нас пока что нет достаточно надежного оценочного инструментария, чтобы с уверенностью определить врожденный темперамент человека. Лучшее, на что мы способны, — сделать обоснованное предположение на основе детальной истории жизни пациента. Однако для клинических целей не суть важно, является ли преобладающее настроение пациента врожденным или же оно стало последствием каких-то ситуаций в его детстве. Если определенный темперамент сопутствовал пациенту на протяжении всей его жизни, он обычно чрезвычайно устойчив к терапевтическим изменениям и поэтому может рассматриваться как врожденный.

Психотерапевт начинает оценивать темперамент пациента, задавая ряд вопросов, связанных с аффективными состояниями. Некоторые пациенты способны определить свое базовое, или преобладающее, настроение. Психотерапевт задает такие вопросы, как “Что говорят члены семьи о том, каким вы были в детстве (в эмоциональном плане и в межличностных отношениях)?”, “Обычно вы человек с высоким уровнем энергии или с низким?”, “Каков ваш общий взгляд на жизнь? Вы в целом оптимистичны или пессимистичны?”, “Как вы обычно себя чувствуете, когда остаетесь один?”, “Как часто вы плачете?”, “Как часто вы выходите из себя?”, “Часто ли вы волнуетесь?”

Черты, устойчивые на протяжении жизни, вероятно, будут относиться к темпераменту. Таким образом, для каждого из этих вопросов психотерапевт уточняет, всегда ли это было так для пациента или же это актуально лишь для определенных периодов в его жизни. Чем более стабильны и долговременны чувства, и чем раньше они возникли, тем выше вероятность того, что они являются частью врожденного темперамента пациента, а не реакцией на жизненные события.

В дополнение к вопросам, обращенным к пациенту, психотерапевт наблюдает за его эмоциональными реакциями на сеансах и спрашивает об их проявлении в реальной жизни. Наконец, психотерапевт оценивает, как он сам чувствует себя на сеансах, в обществе этого пациента. Аффективный тон встреч может многое рассказать о темпераменте пациента.

ДРУГИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Схемы часто запускаются естественным образом в течение жизни пациента. Текущие события могут выступать триггерами схем пациента. Психотерапевт и пациент могут наблюдать за случаями сильных эмоциональных реакций пациента на текущие события и обсуждать это на сеансах. Групповая терапия — еще один контекст, в котором схемы пациента могут становиться очевидными. То, как пациент реагирует на других членов группы и на обсуждаемые темы, может предоставить ценный материал для дальнейших индивидуальных сеансов. Схемы также проявляются в снах. Пациенты могут записывать свои сны, особенно повторяющиеся и те, которые связаны с сильной эмоцией, а затем обсуждать их с психотерапевтом на сеансах. Такой материал может стать отправной точкой для работы над образами. Книги и фильмы также могут провоцировать запуск схемы. Ввиду этого, психотерапевты могут назначать пациенту определенные книги и фильмы, основываясь на своих гипотезах о схемах пациента. Реакции пациента могут послужить подтверждением гипотезы психотерапевта или опровергнуть ее.

ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ О СХЕМАХ

На протяжении всего этапа диагностики психотерапевт информирует пациента о концепции схемы. Пациенты получают знания главным образом благодаря обсуждениям, рекомендуемым к прочтению книгам и самонаблюдению. По мере того как пациенты узнают все больше о схемах, они получают возможность более полно участвовать в процессе концептуализации своих случаев.

Прочь из замкнутого круга

Мы рекомендуем пациентам книгу “Прочь из замкнутого круга” (Янг, Клоско, 1994), чтобы помочь им узнать о схемах, которые в книге называются “жизненными ловушками”. В книге приведено много примеров из практики. Мы обнаружили, что пациенты ассоциируют себя с персонажами в этих примерах и, таким образом, эмоционально взаимодействуют с материалами книги. Книга объясняет природу “жизненных ловушек” и описывает три копинговых стратегии: капитуляция, избегание и гиперкомпенсация (так называемые “замирание”, “бегство” и “нападение”). В главах книги описывается каждая из 11 жизненных ловушек. В этих главах есть опросники, которые пациенты могут заполнить, чтобы выяснить, может ли у них иметься та или иная жизненная ловушка. Также в главах описываются типичные источники происхождения ловушек в детстве; сигналы опасности при выборе неподходящих партнеров (которые подкрепляют ловушки, а не излечивают от них); проявление ловушек в отношениях, особенно в романтических; и конкретные стратегии для их изменения.

Мы рекомендуем пациентам прочитать первые пять коротких вводных глав, а затем одну-две главы об их основных схемах. Даже если у пациента гораздо больше схем,

сначала мы работаем только с одной или двумя основными. В дальнейшем мы можем порекомендовать другие главы, по мере естественного возникновения тем в повседневной жизни пациента или на психотерапевтических сеансах.

Самостоятельное наблюдение за схемами и копинговыми стратегиями

Когда пациенты узнают больше о своих схемах, они начинают самостоятельно наблюдать за их проявлениями в своей жизни. Они самостоятельно следят за схемами и копинговыми стратегиями, используя форму "Дневник схемы". Мы будем говорить больше о самостоятельном наблюдении за схемами и копинговыми стратегиями в главе 3. Самонаблюдение помогает пациентам увидеть, когда их схемы запускаются автоматически, и насколько они распространены в их жизни. Пациенты могут наблюдать за тем, что происходит, и часто способны осознать, что они ведут себя саморазрушительным образом, даже если они пока еще не могут изменить свои паттерны поведения.

ЗАВЕРШЕНИЕ СХЕМА-ОРИЕНТИРОВАННОЙ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ СЛУЧАЯ

В качестве последнего шага перед началом этапа изменения, психотерапевт подводит итоги концептуализации случая пациента, используя форму схема-ориентированной концептуализации случая. Эта исходная концептуализация может уточняться и дополняться по мере продвижения процесса лечения (см. рис. 2.1).

ИТОГИ

В этой главе обсуждается этап диагностики схемы и информирования пациента в схема-терапии. Этот этап имеет шесть основных целей: 1) определение дисфункциональных жизненных паттернов; 2) определение и запуск ранних дезадаптивных схем; 3) понимание источников происхождения схем в детстве и подростковом возрасте; 4) определение копинговых стратегий и реакций; 5) оценка темперамента; 6) формулировка концептуализации случая.

Процесс диагностики является многогранным — он предусматривает заполнение опросников и анализ эмоциональных, поведенческих и межличностных показателей. Он начинается с первоначальной оценки, в ходе которой психотерапевт определяет текущие проблемы пациента и его терапевтические цели, а также выясняет, подходит ли пациенту схема-терапия. Затем психотерапевт переходит к истории жизни пациента, выявляя дезадаптивные жизненные модели, схемы или копинговые стратегии. В качестве домашних заданий пациент последовательно заполняет следующие опросники: 1) Мультимодальный опросник жизненной истории; 2) Методику диагностики ранних

дезадаптивных схем Янга); 3) Опросник родительского стиля Янга; 4) Опросник избегания Янга–Рай; 5) Опросник компенсации схемы Янга. Психотерапевт и пациент обсуждают полученные данные на сеансах, в ходе которых психотерапевт информирует пациента о концепции схемы. Затем психотерапевт использует экспериенциальные техники, в частности визуализацию, чтобы получить доступ к схемам пациента и запустить их, а также чтобы связать схемы с источниками их происхождения в детстве и с текущими проблемами пациента. Психотерапевт все время наблюдает за схемами пациента и за его копинговыми стратегиями, по мере их проявления в терапевтических отношениях. Наконец, психотерапевт оценивает эмоциональный темперамент пациента. По мере совместного формулирования и уточнения гипотез оценка постепенно преобразуется в концептуализацию случая.

Избегание схемы — наиболее распространенное препятствие в работе с воображением. Мы предлагаем методы преодоления избегания схемы при работе с воображением, включая информирование пациента об обоснованности такого вида работы; анализ преимуществ и недостатков выполнения упражнения; начало со спокойных образов и постепенный переход к эмоционально неприятным образам; диалог с избегающей стороной личности пациента (работа с режимами); применение техник управления эмоциями, таких как осознанность или релаксация; прием психотропных препаратов.

Глава 3

КОГНИТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ

По завершении этапа оценки схемы и информирования пациента, описанного в предыдущей главе, психотерапевт и пациент готовы приступить к этапу изменения. Он включает в себя когнитивные стратегии, эмпирические стратегии, поведенческие и межличностные стратегии изменения схем, копинговых стратегий и режимов. Обычно мы начинаем процесс изменения с когнитивных техник, о которых речь будет идти в этой главе[1].

По ходу этапа оценки схемы и информирования пациента психотерапевт уже заполнил форму концептуализации случая и ознакомил пациента с моделью схемы. Вместе они определили дисфункциональные паттерны пациента и его ранние дезадаптивные схемы, изучили происхождение схем в детстве и связали их с имеющимися проблемами. Они также определили копинговые стратегии, эмоциональный темперамент и режимы пациента.

Когнитивные стратегии помогают пациенту с уверенностью оспорить свою схему, укрепляя режим Здорового взрослого. Психотерапевт помогает пациенту построить логическое, рациональное обоснование, действующее против схемы. Обычно пациенты не ставят под сомнение свои схемы: они принимают их как данность, как непреложную истину в своей жизни. Их внутренним психологическим миром правит схема, а режим Здорового взрослого, который мог бы противостоять схеме, напротив, отсутствует. Когнитивные стратегии помогают пациентам выйти за пределы схемы и оценить ее обоснованность. Пациенты теперь видят, что истина находится за пределами схемы и что они могут бороться со схемой с помощью истины, которая более объективна и эмпирически обоснована.

ОБЗОР КОГНИТИВНЫХ СТРАТЕГИЙ

Именно благодаря когнитивным стратегиям пациент впервые осознает, что схема является неточной — либо неверной, либо чрезмерно преувеличенной. Психотерапевт и пациент начинают с того, что соглашаются поставить схему под вопрос. Это боль-

[1] В случае с пациентами с ПРЛ терапевт начинает не с когнитивной работы, а с формирования устойчивой связи с пациентом. Это обсуждается далее, в главе 9.

ше не абсолютная истина, а гипотеза для проверки. Затем они подвергают схему логическому и эмпирическому анализу. Они исследуют доказательства, подтверждающие и опровергающие существование схемы в жизни пациента; они анализируют доказательства, используемые пациентом для поддержки схемы, и находят альтернативные интерпретации этих же событий; они проводят дебаты между схемой и здоровой стороной личности; они анализируют преимущества и недостатки нынешних копинговых стратегий пациента. Основываясь на этой работе, пациент и психотерапевт вырабатывают здоровые реакции на схему. Они записывают эти реакции на карточках напоминания, которые следует перечитывать при каждом запуске схемы. Наконец, пациенты тренируются самостоятельно реагировать на схемы, используя так называемый дневник схем.

Когда когнитивные стратегии эффективны, пациентам проще оценить степень искаженности своих схем. Психологически они дистанцируются от своих схем и уже не рассматривают их как абсолютную истину. Они уже имеют некоторое представление о том, как схемы искажают их восприятие. Они начинают задаваться вопросом, действительно ли схемы должны управлять их жизнью — и разрушать ее. Они понимают, что можно сделать другой выбор.

Успешно излечившиеся пациенты интернализировали когнитивную работу как составляющую режима Здорового взрослого, который активно противопоставляет схеме рациональные аргументы и эмпирические данные. После завершения когнитивной составляющей схема-терапии пациенты, как правило, перестают зависеть от помощи психотерапевта в борьбе со схемой. Когда схема запускается вне сеансов психотерапии, пациенты способны бороться с ней самостоятельно, используя когнитивные техники. Даже если пациентам все еще *кажется*, что схема истинна, они уже *знают*, что в действительности это не так. Они сумели проанализировать ситуацию и осознать, что схема ложная.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ

Основной подход, который схема-терапевт использует для работы с пациентами, мы называем эмпатической конфронтацией или эмпатической проверкой реальности. С когнитивной точки зрения эмпатическая конфронтация означает, что психотерапевт акцентирует внимание на причинах, по которым у пациентов возникли те или иные убеждения (а именно — на том, что их убеждения основаны на переживаниях раннего детства), одновременно ставя их перед фактом, что эти убеждения неверны и ведут к формированию нездоровых паттернов поведения, которые необходимо изменить, чтобы достичь улучшения. Психотерапевт объясняет, что схемы пациентов кажутся им правильными, потому что они существовали на протяжении всей их жизни, и что пациенты привыкли применять определенные копинговые стратегии, поскольку они казались им единственным способом выживания при неблагоприятных обстоятельствах в детстве. Согласно конструктивистским моделям психотерапевт валидирует схемы и копинговые стратегии пациента как естественные последствия его истории

жизни. В то же время психотерапевт напоминает пациенту о негативных последствиях действия его схем и дезадаптивных копинговых стратегий. Схемы и копинговые стратегии пациента были адаптивными в раннем детстве, но сейчас они дезадаптивны. Терапевтическая позиция эмпатической конфронтации признает прошлое пациента, одновременно отделяя реальность прошлого от реальности настоящего. Это поддерживает способность пациента видеть и адекватно воспринимать нынешнее положение дел.

Эмпатическая конфронтация требует постоянного переключения между эмпатией и проверкой реальности. Психотерапевты нередко допускают дисбаланс в том или ином направлении. Они либо настолько эмпатичны, что не сталкивают пациентов лицом к лицу с действительностью, либо слишком увлекаются конфронтацией и заставляют пациентов чувствовать сильный дискомфорт и занимать оборонительную позицию. В любом из этих случаев, пациенты вряд ли изменятся к лучшему. Применяя эмпатическую конфронтацию, психотерапевт стремится к оптимальному балансу между эмпатией и проверкой реальности, что позволяет пациентам достигать прогресса в лечении. Когда психотерапевт добивается успеха в этом начинании, пациенты чувствуют себя по-настоящему понятыми и принятыми, — возможно, впервые в их жизни. Чувствуя, что их понимают, они с большей готовностью смирятся с необходимостью внесения изменений и будут более восприимчивы к здоровым альтернативным взглядам, предлагаемым психотерапевтом. Кроме того, пациенты воспринимают психотерапевта как союзника в борьбе со схемой. Вместо того чтобы рассматривать схему как неотъемлемую часть своей личности, пациенты начинают осознавать ее как инородный объект.

Психотерапевт говорит пациентам, что, учитывая историю их жизни, такие взгляды и поведение вполне объяснимы и понятны. Однако в конечном итоге эти убеждения и паттерны поведения приводят к подкреплению схем. Психотерапевт выдвигает аргументы в пользу борьбы со схемой пациента с помощью новых способов поведения и отказа от повторения одних и тех же саморазрушительных моделей. Материал, собранный на этапе оценивания, позволяет психотерапевту обосновать разрушительность схем и копинговых стратегий в жизни пациента. Психотерапевт призывает пациентов реагировать на триггеры схемы более здоровыми способами. Благодаря этому, они смогут исцелить свои схемы и удовлетворить свои базовые потребности. Следующий фрагмент диалога содержит краткий пример эмпатической конфронтации и взят из беседы, проведенной д-ром Янгом с Марикой, пациенткой, с которой мы вас познакомили в главе 2. Марика начала психотерапию, чтобы улучшить свои отношения в браке. Марика и ее муж, Джеймс, застряли в порочном круге, в котором она все более и более агрессивно требует внимания и проявлений привязанности, а он становится все более и более замкнутым, равнодушным и холодным. Изучив отношения Марики с отцом в детстве, д-р Янг рассказывает ей о ее подходе к общению с Джеймсом.

> "Марика, я знаю, что для вас это естественно — пытаться огорчить Джеймса, чтобы привлечь его внимание. Но, хотя это и единственный знакомый вам способ добиться от него заботы, вам следует подходить к нему с большей деликатностью. Дайте ему знать, почему вам нужна его любовь, и посмотрите, будет ли

его реакция иной. Я понимаю, это единственный способ, с помощью которого вам удавалось получить внимание отца в детстве, но в случае с Джеймсом могут сработать и другие способы".

Таким образом, психотерапевт проявляет сочувствие к Марике, которая применяет к Джеймсу агрессивный подход, поскольку в детстве это был ее единственный способ получить хоть какое-то внимание от отца, и в то же время демонстрирует ей негативные последствия этого подхода и предлагает относиться к Джеймсу более деликатно.

КОГНИТИВНЫЕ ТЕХНИКИ

Когнитивные техники в схема-терапии включают в себя следующее.

1. Проверка обоснованности схемы.
2. Переоценка доказательств, поддерживающих схему.
3. Анализ преимуществ и недостатков копинговых стратегий пациента.
4. Диалог между "схема-стороной" и "здоровой стороной" личности пациента.
5. Составление карточек напоминания для схемы.
6. Заполнение дневника схемы.

Психотерапевт, как правило, рассматривает с пациентами когнитивные техники именно в такой последовательности, поскольку эти техники базируются одна на другой.

Проверка обоснованности схемы

Психотерапевт и пациент проверяют обоснованность схемы, анализируя ее преимущества и недостатки. Этот процесс аналогичен проверке обоснованности автоматических мыслей в когнитивной терапии, за исключением того, что психотерапевт использует в качестве эмпирических данных информацию о событиях всей жизни пациента, а не только ее нынешние обстоятельства. Схема является гипотезой, которую нужно проверить.

Психотерапевт и пациент составляют список доказательств из прошлого и настоящего, подтверждающих схему; затем они составляют список доказательств, опровергающих ее. Пациентам обычно легко составить первый список, подтверждающий схему, потому что они уже и так убеждены в этих доказательствах. Они придерживались этой позиции всю жизнь, поэтому доказательства в пользу схемы кажутся им естественными и привычными. И напротив, пациентам обычно очень трудно составить второй список — перечень доказательств, опровергающих схему, — и им часто требуется активная помощь психотерапевта, чтобы они поверили в них. Они всю жизнь игнорировали или преуменьшали эти доказательства; у них нет свободного доступа к этим доказательствам, поскольку схема прочно укоренилась и заставляет их акцентировать внимание на информации, подтверждающей схему, и сводить на нет информацию, противоречащую ей. Несоответствие между легкостью, с которой пациент подчиняется

влиянию схемы, и трудностями, которые он испытывает, пытаясь руководствоваться здоровой стороной своей личности, часто оказывается для него самого весьма поучительным. Пациент собственными глазами видит, как схема работает на подкрепление себя самой.

Чтобы проиллюстрировать эту технику, рассмотрим доказательства одной пациентки в пользу ее схемы Дефективности/Стыдливости. Шери 28 лет, она замужем, и у нее двое детей; она работает медсестрой в психиатрической клинике. Ее схема Дефективности/Стыдливости возникла в детстве: девочка жила с матерью, которая страдала от алкогольной зависимости. (Ее отец развелся с матерью и оставил семью, когда Шери было четыре года. Несмотря на то, что он помогал им деньгами, Шери редко видела отца после разрыва.) На протяжении всего детства Шери, ее мать часто появлялась нетрезвой в общественных местах, и Шери стыдилась этого. Однажды мать пришла пьяной на школьную постановку, в которой участвовала Шери, и испортила представление. Шери не приглашала друзей домой из страха перед тем, что может натворить ее мать. Ее домашняя жизнь была пустой и хаотичной.

Вот список доказательств Шери в пользу своей схемы Дефективности/Стыдливости.

1. Я не такая, как все. Я другая и всегда была другой.
2. Моя семья отличалась от других семей.
3. Моя семья была постыдной.
4. Никто никогда не любил меня и не заботился обо мне, когда я была ребенком. Я никогда не чувствовала себя нужной кому-либо. Мой отец не хотел видеть меня.
5. Я веду себя неловко, неестественно, я навязчива, напугана, застенчива в общении с другими людьми.
6. Я неуместна в кругу других людей. Я не знаю правил нормального общения.
7. Я стараюсь угодить другим людям и произвести хорошее впечатление. Мне очень нужно принятие и одобрение.
8. Я слишком сильно злюсь, но не говорю об этом вслух.

Важно отметить, что, несмотря на критическую оценку своих социальных навыков, на самом деле Шери хорошо развита в социальном плане. Ее проблема связана с социальной тревогой, а не с социальными навыками.

Неудивительно, что для Шери было крайне трудно составить второй список (перечень доказательств, опровергающих схему). Когда дело дошло до этой части упражнения, она долго не могла ничего придумать. Она сидела и озадаченно молчала. Несмотря на то, что Шери успешна как в личном, так и в профессиональном плане и обладает множеством похвальных качеств, она не смогла сказать ничего положительного о себе. Психотерапевту пришлось самому предлагать ей каждый из аргументов.

Психотерапевт задает наводящие вопросы, призванные выудить из пациента доказательства против схемы. Например, если у пациента присутствует схема Дефективности/Стыдливости, как у Шери, психотерапевт может спросить: “Кто-нибудь когда-нибудь любил вас, вы нравились кому-то?”, “Пытаетесь ли вы быть хорошим человеком?”, “Есть ли в вас что-нибудь хорошее?”, “Есть ли кто-нибудь, о ком вы заботитесь?”, “Что хорошего о вас говорили?” Такие вопросы, часто сформулированные в утрированной форме, побуждают пациента давать ответы в положительном клю-

че. Психотерапевт и пациент постепенно составляют список хороших качеств пациента. Позже пациент может использовать этот список для противодействия своей схеме.

Вот список Шери, составленный с помощью психотерапевта.

1. Мой муж и дети любят меня.
2. Семья моего мужа любит меня. (Невестка даже попросила меня забрать к себе их детей, если вдруг они с братом мужа погибнут.)
3. Мои подруги, Джанет и Анна-Мария, любят меня.
4. Мои пациенты любят и уважают меня. Я постоянно получаю от них очень хорошие отзывы.
5. Большинство сотрудников больницы любят и уважают меня. Мою работу высоко оценивают.
6. Я чувствительна к переживаниям других людей.
7. Я люблю свою маму, даже если о выпивке она заботилась больше, чем обо мне в детстве. Я была рядом с ней до самого конца.
8. Я стараюсь быть хорошей и поступать правильно. Когда я злюсь, на это есть причина.

Для психотерапевта важно записать доказательства против схемы, потому что пациенты склонны начинать отрицать их или забывать о них через некоторое время.

Шери повезло, поскольку имеется множество доказательств, опровергающих ее схему Дефективности/Стыдливости. Не у всех пациентов есть такая возможность. Если нет большого количества доказательств, вступающих в противоречие со схемой, психотерапевт признает это, но добавляет: "Так не должно быть". Например, в жизни пациента со схемой Дефективности/Стыдливости действительно было очень мало любящих его людей. Повзрослев, он жил, подчиняясь схеме (выбирая значимых других, которые отвергают и критикуют), избегая схемы (не заводя близких отношений) или гиперкомпенсируя схему (обращаясь с другими высокомерно и отталкивая их). Теперь пациент вспоминает свою жизнь и не находит в ней любви. Вот что говорит психотерапевт.

"Да, у вас действительно не складывались близкие отношения с другими, но тому есть причина. Это случилось, потому что произошедшие с вами в детстве события были очень тяжелыми для вас. Поскольку вы очень рано научились тому, что нужно ожидать критики и неприятия, вы прекратили устанавливать контакты с людьми. Но мы можем изменить этот паттерн. Мы можем поработать вместе, чтобы помочь вам научиться выбирать эмоционально теплых и принимающих вас людей и позволять им быть частью вашей жизни. Вы можете начать постепенно сближаться с теми или иными людьми и позволять им становиться ближе к вам. Вы можете попробовать прекратить унижать себя и других. Если вы будете выполнять эти действия, все может существенно измениться. Именно над этим мы будем работать в ходе нашей терапии".

По мере терапевтического прогресса и развития у пациента способности формировать близкие отношения, психотерапевт и пациент могут добавлять новую информацию в список доказательств против схемы.

В качестве еще одного шага в этом процессе, пациенты начинают замечать, как они по привычке обесценивают доказательства против схемы. Пациенты записывают, каким образом они отрицают доказательства. Например, Шери перечислила способы, с помощью которых она сбрасывает со счетов доказательства против своей схемы Дефективности/Стыдливости.

1. Я говорю себе, что обманываю своего мужа и детей, и поэтому они любят меня. Они просто не знают меня настоящую.
2. Я делаю больше для своей семьи и друзей, чем они для меня, и чувствую, что это единственная причина, по которой они заботятся обо мне.
3. Когда люди хорошо отзываются обо мне, я не верю им. Я думаю, что есть какая-то другая причина, по которой они говорят это.
4. Я говорю себе, что я чувствительна к переживаниям людей только из-за собственной слабости. Я боюсь отстаивать свои интересы.
5. Я виню себя за то, что злилась или обижалась на мать, когда заботилась о ней.

Записав, как они опровергают доказательства против схемы, пациенты затем "восстанавливают их в правах". Психотерапевт объясняет им, что опровержение доказательств против схемы — это просто еще одна форма подкрепления схемы.

Пересмотр доказательств в пользу схемы

Следующим шагом является составление списка доказательств в поддержку схемы и выработка альтернативных объяснений произошедшего. Психотерапевт берет события, которые пациент рассматривает как подтверждающие схему, и предлагает другие объяснения для них. Его цель состоит в том, чтобы дискредитировать доказательства, подтверждающие схему.

Свидетельства из раннего детства пациента

Психотерапевт объясняет переживания раннего детства патологической динамикой семьи, в том числе неадекватным подходом родителей к воспитанию детей, а не истинностью самой схемы. Психотерапевт обращает внимание на любые действия в семье пациента, которые были бы неприемлемы в здоровых семьях. Кроме того, психотерапевт и пациент оценивают психологическое здоровье и характер каждого из родителей (и других членов семьи). Действительно ли каждый из родителей искренне интересовался пациентом? Какую роль отводил каждый из родителей пациенту? Психотерапевт отмечает, что родители часто назначают детям роли, которые служат их собственным интересам, а не потребностям детей. Эти роли отражают не врожденные недостатки детей, а недостатки родителей. Использовали ли родители пациента в каких-либо эгоистичных целях? Психотерапевт продолжает исследовать воспоминания пациента подобным образом, пока тот не придет к более реалистичному взгляду на свою семейную историю. Пациент должен перестать рассматривать свои ранние детские переживания в качестве доказательства истинности своих схем.

Например, в списке доказательств Марики, подтверждающих схему Дефективности/Стыдливости, была фраза “Мой отец не любил меня и не обращал на меня внимания”. Марика объясняла нелюбовь со стороны отца своей якобы неспособностью быть любимой: он не любил ее, потому что она была недостойна любви. По ее мнению, она была слишком нуждающейся в заботе. Психотерапевт уделил некоторое время исследованию паттернов в родительской семье Марики. Затем он предложил альтернативное объяснение: ее отец был *не способен* любить своих детей. На самом деле он не любил и брата Марики. Ее отец не проявлял к ней любви из-за своих психологических ограничений, а не потому, что ее невозможно полюбить. Отец Марики был самовлюбленным человеком, неспособным любить по-настоящему. Он не сумел стать хорошим отцом. Хороший отец любил бы ее. Она была ласковым ребенком, который хотел иметь доверительные отношения с отцом, но тот не был способен выстраивать подобные отношения.

Свидетельства из взрослой жизни пациента

Психотерапевт осуществляет “ревизию” детских переживаний пациента, которые поддерживают схему и подкрепляют ее. Усвоенные в детстве копинговые стратегии перенесли схемы пациента во взрослую жизнь. Психотерапевт отмечает, что из-за поведения, управляемого схемами, пациент никогда по-настоящему не проверял свои схемы на адекватность. Вот, например, еще один пункт в списке доказательств Марики, подтверждающих ее схему Дефективности/Стыдливости: “Все мужчины в моей жизни обращались со мной плохо”. Она сообщила, что у нее было три парня. Один из них издевался над ней, другой бросил, а третий часто изменял ей.

Марика считает, что парни обращались с ней плохо, потому что она не заслуживает уважения и любви, и они знали об этом. Психотерапевт предлагает альтернативное объяснение: с тех пор, как она начала встречаться с парнями в подростковом возрасте, и вплоть до сегодняшнего дня ее схема Дефективности/Стыдливости побуждала ее к выбору партнеров, которые были критичными, отвергали ее и плохо относились к ней. (Выбор партнера часто является важным аспектом запечатления схемы.)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что ж, давайте взглянем на тип людей, которых вы выбирали. Выбирали ли вы партнеров, от которых изначально могли ожидать заботы, преданности, честности, любви?

МАРИКА: Пожалуй, нет. Джоэл с самого начала был проблемным. Он спал со всеми подряд.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А как насчет Марка?

МАРИКА: Нет, он избивал свою предыдущую девушку.

Таким образом, психотерапевт берет свидетельства, поддерживающие схему, и проводит их критический пересмотр (рефрейминг). Если это свидетельства из детства, психотерапевт пересматривает проблему с родителями или системой отношений в семье. Если это свидетельства из взрослой жизни пациента, психотерапевт осуществляет их пересмотр в качестве убеждений, которые подкрепляют схему, превращая ее в самореализующийся прогноз.

Анализ преимуществ и недостатков копинговых стратегий пациента

Психотерапевт и пациент изучают каждую схему и направленные на нее копинговые стратегии, анализируя их преимущества и недостатки. (Психотерапевт и пациент уже определили копинговые стратегии пациента на этапе оценки схемы и информирования пациента.) Цель данного этапа терапии состоит в том, чтобы пациенты осознали саморазрушительную природу своих копинговых стратегий, а также тот факт, что их замена более здоровым поведением повысит шансы на счастливую жизнь. Психотерапевт также объясняет пациентам, что их копинговые стратегии были адаптивными в детстве, но стали дезадаптивными во взрослом возрасте, в мире, выходящем за пределы их семей или групп сверстников.

Например, у молодой пациентки по имени Ким присутствует схема Покинутости/Нестабильности. Она применяет избегающую копинговую стратегию. Ким держится подальше от мужчин, отказываясь от приглашений на свидания и проводя свое свободное время в одиночестве или с подругами. В тех редких случаях, когда она встречается с мужчинами, которые ей нравятся, она резко обрывает отношения после нескольких свиданий.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, не возражаете, если мы перечислим преимущества и недостатки вашей копинговой стратегии — всех тех способов, с помощью которых вы избегаете сближения с мужчинами, а также вашей склонности прекращать многообещающие отношения?

КИМ: Да. Это звучит нормально.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, каковы преимущества, как вы думаете? Что вы получаете, избегая мужчин и преждевременно заканчивая отношения?

КИМ: Это просто. Мне не нужно проходить через боль, когда меня бросают. Я бросаю их первой, чтобы они не могли бросить меня.

Преимущество избегающей копинговой стратегии Ким состоит в том, что та дает ей чувство непосредственного контроля над тем, что происходит в ее отношениях с мужчинами. В краткосрочной перспективе она испытывает меньшую тревогу. Недостаток, однако, тоже есть, и существенный: в долгосрочной перспективе она одинока. (Как обычно, попытки избегания схемы приводят к ее подкреплению.)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Каковы недостатки привычки избегать мужчин и расставаться с ними, когда все идет хорошо? Каковы недостатки вашей копинговой стратегии?

КИМ: Ну, одним из недостатков является то, что я теряю множество хороших отношений.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы относитесь к потере своего последнего парня, Джонатана?

КИМ (*пауза*): С облегчением. Я чувствую облегчение. Мне больше не нужно об этом беспокоиться.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Чувствуете ли вы что-нибудь еще?

КИМ: Да, конечно. Мне грустно. Я скучаю по нему. Мне грустно, что он ушел. Некоторое время мы были очень близки.

Упражнение помогает Ким увидеть реальное положение дел, в котором она оказалась. Если она продолжит использовать свою нынешнюю копинговую стратегию со схемой Покинутости/Нестабильности, она обязательно останется одна. Однако если она будет готова выдерживать приступы тревоги и принимать на себя ответственность за многообещающие отношения, появится вероятность того, что она сможет получить желаемое: отношения с мужчиной, который излечит ее схему Покинутости/Нестабильности, а не подкрепит ее.

Диалог между "схема-стороной" и "здоровой стороной" личности пациента

Используя следующую когнитивную технику, пациенты учатся вести диалог между так называемыми схема-стороной и здоровой стороной своей личности. Адаптируя технику гештальт-терапии "Пустой стул" к задачам схема-терапии, психотерапевт говорит пациенту, чтобы тот пересаживался с одного стула на другой, когда будет по очереди выступать от имени схема-стороны и от имени здоровой стороны своей личности.

Поскольку у пациентов, как правило, мало или совсем нет опыта проявления здоровой стороны своей личности, сначала психотерапевт выступает от ее имени, а пациент — от имени стороны схемы. Психотерапевт может представить эту технику следующим образом: "Давайте проведем дебаты между схема-стороной и здоровой стороной вашей личности. Я буду выступать от имени здоровой стороны, а вы — от имени схема-стороны. Изо всех сил старайтесь доказать, что схема верна, а я буду стараться доказать, что она ложна". Начиная таким образом, психотерапевт получает возможность смоделировать для пациента здоровую сторону его личности и найти ответы на любые аргументы, выдвигаемые пациентом в пользу схемы.

Со временем пациент берет на себя роль здоровой стороны своей личности, а психотерапевт выступает в роли наставника. Выступая от имени обоих участников спора, пациент перемещается между двумя стульями, каждый из которых соответствует одной из дискутирующих сторон. Сначала пациенту потребуется много подсказок от психотерапевта, чтобы придумать здоровые ответы. Однако психотерапевт постепенно отходит на второй план, поскольку пациенту становится все легче и легче самостоятельно вырабатывать здоровые ответы. Цель упражнения состоит в том, чтобы пациенты научились самостоятельно выступать от имени здоровой стороны своей личности — естественным и автоматическим образом.

В следующем примере д-р Янг помогает пациенту вести диалог между здоровой стороной своей личности и схемами Недоверия/Ожидания жестокого обращения и Дефективности/Стыдливости. Пациент — 35-летний мужчина по имени Дэниел, которого мы более подробно представим в следующей главе, посвященной эмпирическим стратегиям. У Дэниела было травмирующее детство: отец был алкоголиком, а

мать была склонна к сексуальному, физическому и эмоциональному насилию. На момент беседы с д-ром Янгом Дэниел уже проходил традиционную когнитивную терапию с другим психотерапевтом на протяжении примерно девяти месяцев. Он обратился к схема-терапевту, чтобы избавиться от социальной тревоги и научиться управлять своим гневом. Конечная цель Дэниела состояла в том, чтобы встретить подходящую женщину и жениться на ней, однако он не доверял женщинам и ожидал от них лишь отказов. Поэтому он избегал социальных ситуаций, в которых мог бы познакомиться с женщинами.

Чтобы подготовить пациента к диалогу, д-р Янг начал сеанс с того, что помог пациенту сформулировать доказательства против схемы. Таким образом, д-р Янг предоставил ему определенные инструменты для борьбы со схемой. В следующем отрывке Дэниел играет роли как здоровой стороны своей личности, так и схема-стороны.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Сейчас я хотел бы предложить упражнение, которое я обычно называю диалогом между стороной схемы, согласно которой вы считаете, что женщинам нельзя доверять, и что вы непривлекательны для них, и здоровой стороной вашей личности, которую мы пытаемся укрепить, но которая все еще не очень сильна. Вы понимаете, о чем я говорю?

ДЭНИЕЛ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, я попрошу вас ходить по комнате. Может, вы начнете так, будто находитесь на танцплощадке и хотите подойти к привлекательной женщине, но в то же время чувствуете, что хотите сбежать. Представьте себя сначала в роли схема-стороны, которая хочет сбежать, и скажите, чего вы боитесь.

ДЭНИЕЛ (*схема-сторона*): Я очень нервничаю и надеюсь, что танцевальный вечер окажется неудачным, и что вопреки тому, что говорят, будто сюда всегда приходит больше женщин, чем мужчин, именно сегодня все будет наоборот, и это даст мне повод уйти.

Д-р Янг призывает пациента преодолеть его желание сбежать и все же остаться на танцплощадке, несмотря на тревогу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Сейчас представьте, что вы уже пришли на танцевальный вечер и на самом деле видите женщину, которая кажется вам привлекательной. Теперь займите сторону схемы.

ДЭНИЕЛ (*схема-сторона*): Она кажется приятной, но не думаю, что я ей понравлюсь. Я, наверное, не подхожу ей ни на интеллектуальном, ни на эмоциональном уровнях. Вероятно, она гораздо более зрелая в эмоциональном плане, чем я. Думаю, ей понравится кто-то из других парней, который пригласит ее на танец раньше меня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, а теперь станьте здоровой стороной своей личности, которую мы пытаемся укрепить, и ответьте. Дайте ответ схема-стороне.

ДЭНИЕЛ (*здоровая сторона*): Не торопись с выводами. У тебя есть много хороших качеств, которые могут оказаться привлекательными для этой женщины. У тебя есть четкая система ценностей, ты уважаешь чужие границы, ты можешь позволить ей быть самой собой, у тебя есть способность понимать женщин. Ты можешь ей понравиться.

Здесь Дэниел применяет результаты своего предыдущего курса когнитивной терапии против схемы. Д-р Янг предлагает ему продолжить диалог.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Теперь вернитесь к стороне схемы.

ДЭНИЕЛ (*схема-сторона*): Но даже если дело дойдет до продолжения разговора и приглашения на свидание, ты знаешь, я не думаю, что тебе стоит это делать, потому что тогда тебе придется сталкиваться с другими проблемами: решать, что делать после свидания, попрощаться и вернуться домой или провести ночь вместе, и если да, то куда пойти... В общем, лучше даже не начинать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Теперь снова станьте здоровой стороной.

ДЭНИЕЛ (*здоровая сторона*): Я не думаю, что эта проблема актуальна прямо сейчас. Пройдет еще много времени, прежде чем пора будет задуматься о подобных вопросах.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Все равно попробуйте ответить; даже если вы правы насчет того, что вам еще долго не придется об этом переживать, просто покажите, что ответ существует.

Психотерапевт призывает Дэниела давать ответ на каждый аргумент, выдвигаемый схема-стороной.

ДЭНИЕЛ (*здоровая сторона*): Я думаю, когда дело дойдет до сексуальной близости, все будет в порядке. Я сумел бы продемонстрировать привязанность, эмоциональную поддержку и чувственность. (*Нерешительно.*) Я не думаю, что возникнут проблемы с этим.

ПСИХОТЕРАПЕВТ (*подсказывает ход мыслей здоровой стороны личности пациента*): Я должен быть уверен, что доверяю женщине, прежде чем вступлю с ней в интимные отношения.

Психотерапевт помогает Дэниелу, когда тот запинается. Сексуальная близость — это проблема, которую он только начинает изучать в своих отношениях с женщинами.

ДЭНИЕЛ (*здоровая сторона*): Мне пришлось бы довериться ей. Мне просто нужно научиться доверять женщине и чувствовать себя в безопасности.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Теперь станьте на сторону схемы, которая говорит: “Ты никогда этого не сделаешь, женщинам нельзя доверять”.

Психотерапевт пытается выявить все контраргументы, которые используются схемой в целях самосохранения.

ДЭНИЕЛ (*схема-сторона*): Женщинам нельзя доверять, они очень непоследовательны и непредсказуемы, будет очень трудно понять, что делать. Я не думаю, что ты справишься.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, теперь будьте другой стороной.

ДЭНИЕЛ (*здоровая сторона*): Женщины такие же люди, как и мужчины, и они могут быть весьма разумными, и с ними очень приятно проводить время.

Психотерапевт пытается помочь пациенту провести границу между его матерью, которая была основной причиной возникновения его схем, и другими женщинами.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Попытайтесь в вашем ответе разделять свою мать и других женщин.

ДЭНИЕЛ (*здоровая сторона*): Не все женщины обязательно должны быть похожи на мою мать. Каждая женщина — уникальная личность, как и я сам, и к ней нужно относиться, как к личности. И есть много женщин, обладающих такими системами ценностей, которые, вероятно, даже лучше моей.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Теперь говорите от имени схемы.

ДЭНИЕЛ (*схема-сторона*): Ну, это легче сказать, чем сделать. Потому что твоя мать действительно сделала так, что ни одна женщина не может стать для тебя хорошей. Женщины здесь такие же, как и везде. Женщины в целом похожи на твою мать и озабочены только одним — как бы использовать тебя и причинить тебе вред. И это как раз то, что ты получишь в итоге. В конце концов, ты будешь использован и оскорблен.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Теперь будьте здоровой стороной своей личности.

ДЭНИЕЛ: (*здоровая сторона*): Повторяю, не все женщины такие же, как моя мать, не все они абьюзеры. Женщины как таковые не плохие и не хорошие по определению. Как и у любого человека, у них есть и хорошие, и плохие черты.

Пациент пересаживается со стула на стул. Психотерапевт продолжает упражнение, пока последнее слово не окажется за здоровой стороной личности пациента.

Большинству пациентов требуется масса времени и много практики, прежде чем они могут уверенно сыграть здоровую сторону своей личности. Упражнение необходимо повторять много месяцев, прежде чем схема исчезнет, а здоровая сторона личности укрепится. Психотерапевт просит пациентов повторять диалоги, пока они не смогут самостоятельно играть роль здоровой стороны своей личности. Несмотря на то, что они говорят в таких диалогах, на самом деле пациенты могут не верить здоровой стороне своей личности. Психотерапевт на это может сказать следующее: "Большинство пациентов чувствуют то же, что и вы в данный момент терапии: умом они понимают здоровую сторону, но на эмоциональном уровне все еще не верят ей. Я прошу вас сейчас просто высказываться *логически* правильно. Позже мы придем к восприятию всего высказанного вами уже на эмоциональном уровне".

Составление карточек напоминания для схемы

После завершения процесса реструктуризации схемы психотерапевт и пациент начинают составлять копинг-карточки. В копинг-карточке записаны здоровые реакции на определенные триггеры схемы. Пациенты носят с собой эти карточки и перечитывают их, когда запускается соответствующая схема. В идеале копинг-карточка также содержат наиболее убедительные доказательства и аргументы против схем и предоставляют пациентам возможность постоянно "репетировать" свои новые рациональные реакции.

Мы приводим шаблон копинг-карточки для схемы (рис. 3.1), который психотерапевт может применять в качестве руководства (*Young, Wattenmaker, & Wattenmaker, 1996*). Используя этот шаблон, психотерапевт совместно с пациентом составляет копинг-карточки. Психотерапевт играет активную роль, поскольку пока что здоровая сторона личности пациента недостаточно сильна для выработки действительно убедительного ответа на схему. Обычно психотерапевт диктует, а пациент записывает сказанное им на карточке.

Признание испытываемых чувств

Сейчас я испытываю ___(эмоция)______, потому что ______(триггерная ситуация)_____

Определение схемы (схем)

Однако я знаю, что это, вероятно, моя _____(название соответствующей схемы)____, которую я усвоил вследствие ________(источник происхождения схемы)________

Эта схема побуждает меня преувеличивать степень, в которой я _______________ (обусловленные схемой искажения)__________

Сопоставление схемы с реальностью

Хотя я верю, что _______(негативное мышление)____________, действительность такова, что __________(здоровый взгляд)___________

Доказательства из моей жизни, поддерживающие здоровый взгляд, включают в себя: _________(конкретные примеры из жизни)______

Альтернативные действия

Следовательно, даже если я чувствую _________(негативное поведение)_________, вместо этого я мог бы ________(альтернативное здоровое поведение)_____________

РИС. 3.1. Копинг-карточка в схема-терапии

В следующем отрывке д-р Янг и Дэниел составляют копинг-карточку, которую Дэниел должен будет перечитывать в провоцирующих его тревогу ситуациях в общении с женщинами.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Существуют различные техники, которые мы можем попробовать применять, чтобы помочь вам справляться с ситуациями, которых

вы обычно стараетесь избегать. Одна из них — копинг-карточка, которую вы будете носить с собой, и которая даст вам ответы на многие ваши страхи и запускающиеся схемы. На самом деле, если вы хотите, я мог бы продиктовать вам текст такой карточки, а вы бы его записали. Как вы на это смотрите?

ДЭНИЕЛ: Это было бы замечательно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может быть, мы выберем что-то, о чем уже говорили здесь? Например, возьмем ситуацию, будто вы пришли на танцевальный вечер и пытаетесь познакомиться с женщиной. Что скажете?

ДЭНИЕЛ: Звучит хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я буду диктовать, а вы можете просто записывать мои слова. Можете изменить формулировку, если она покажется вам неподходящей.

ПСИХОТЕРАПЕВТ (*диктует*): "Прямо сейчас я нервничаю из-за того, что нужно подойти к женщине, поскольку переживаю, что не покажусь ей желанным". Подходит ли слово "желанный"? Может, есть слово получше?

ДЭНИЕЛ: "Привлекательный".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Привлекательный? Хорошо. Я пытаюсь подобрать подходящую формулировку. Например: "...не смогу достаточно полюбить ее" или "...не смогу проявить свою любовь к ней"?

ДЭНИЕЛ: "Не смогу быть любящим".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: "Быть любящим"? Хорошо. "Я также переживаю, что не смогу доверять ей..."

ДЭНИЕЛ: "...что она не будет честной и заслуживающей доверия".

При составлении копинг-карточки д-р Янг старается использовать собственные слова пациента.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. "Однако я знаю, что это запустились мои схемы Дефективности/Стыдливости и Недоверия/Ожидания жестокого обращения. Они основаны на моих чувствах к матери и не имеют ничего общего с моими достоинствами или с качествами этой женщины. В действительности..." Теперь нам нужно привести доказательства в пользу противоположного, в подтверждение того, что вы привлекательны, желанны и достойны любви женщин.

ДЭНИЕЛ: "В действительности, я человек, способный тонко чувствовать, быть ласковым и любящим".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может быть, в скобках мы укажем человека, по отношению к которому вы проявляли себя таким образом?

ДЭНИЕЛ: Я способен быть ласковым со своим сыном.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А теперь "Более того..." Теперь я хочу сказать кое-что о женщине, рядом с которой вы находитесь. Объективно, женщины заслуживают доверия не меньше, чем мужчины.

ДЭНИЕЛ: "Женщины могут быть очень разумными, честными и заслуживающими доверия, как и мужчины".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. Теперь, в конце карточки, должно быть написано что-то вроде: "Значит, я должен подойти к этой женщине, хотя и нервничаю, потому что это единственный способ удовлетворить мои эмоциональные потребности". Как вам?

ДЭНИЕЛ: Кажется, очень хорошо.

Заполненная копинг-карточка напоминания выглядит следующим образом.

Прямо сейчас я нервничаю из-за того, что нужно подойти к этой женщине, поскольку переживаю, что не покажусь ей привлекательным и что не смогу быть любящим. Я также переживаю, что она не будет честной и заслуживающей доверия.

Однако я знаю, что это запустились мои схемы Дефективности/Стыдливости и Недоверия/Ожидания жестокого обращения. Они основаны на моих чувствах к матери и не имеют ничего общего с моими достоинствами или надежностью этой женщины. В действительности, я человек, способный тонко чувствовать, быть ласковым и любящим. (Например, я способен быть ласковым со своим сыном.) Более того, женщины могут быть очень разумными, честными и заслуживающими доверия, как и мужчины.

Значит, я должен подойти к этой женщине, хотя и нервничаю, потому что это единственный способ удовлетворить мои эмоциональные потребности.

Дэниел может захватить с собой копинг-карточку, когда пойдет на какое-то мероприятие, и перечитывать ее, если почувствует тревогу. Мы ожидаем, что прочтение копинг-карточки перед вхождением в ситуацию поможет ему принять более позитивную точку зрения, а прочтение копинг-карточки уже в самой ситуации, когда он начинает чувствовать себя неуверенно, поможет ему более положительно отнестись к общению с женщинами. Перечитывая копинг-карточку, Дэниел может ослабить свои схемы Дефективности/Стыдливости и Недоверия/Ожидания жестокого обращения и укрепить здоровую сторону своей личности.

Некоторые пациенты с ПРЛ носят с собой много копинг-карточек, по одной для каждого из множества триггеров их схем. Помимо того что карточки помогают пациентам в управлении своими эмоциями и поведением, они также служат некими символами процесса изменения к лучшему. Пациенты с ПРЛ часто сообщают, что, когда они носят с собой копинг-карточки, у них создается ощущение, будто психотерапевт рядом. Сам факт наличия карточек вызывает у них ощущение комфорта.

Дневник схемы

Дневник схемы (*Young, 1993*) — более "продвинутая" техника, чем копинг-карточки. С помощью копинг-карточек психотерапевт и пациент заранее подготавливают здоровую реакцию на конкретный триггер схемы, а пациент по мере необходимости перечитывает копинг-карточку перед вхождением в ситуацию и непосредственно в самой ситуации. С помощью дневника схемы пациенты создают собственные здоровые реакции, когда их схемы запускаются в их повседневной жизни. Поэтому психотерапевт предлагает заполнить дневник схемы позже, уже после освоения пациентом карточек напоминания.

Психотерапевт рассказывает пациенту о необходимости постоянно держать при себе дневник схемы. Когда запускается схема, пациент заполняет форму, чтобы разобраться в проблеме и найти правильное решение. Дневник схемы помогает в определении триггерных событий, эмоций, мыслей, фактического поведения, схем, здорового взгляда, реалистичных соображений, чрезмерной реакции и здорового поведения.

Пример из практики: пациентку зовут Эмили, ей 26 лет. Недавно она получила должность руководителя проекта в фонде поддержки искусств. Ее схема Покорности мешает ей эффективно управлять персоналом. У нее серьезные проблемы с высокомерным и снисходительным отношением к ней со стороны ее подчиненной по имени Джейн. К тому времени, когда Эмили начала терапию, она уже позволяла своим сотрудникам принимать бо́льшую часть административных решений. Когда Джейн вела себя неподобающе по отношению к Эмили, Эмили первая извинялась. "Как будто она мой начальник, а не наоборот", — говорит Эмили.

С помощью схема-терапии Эмили определяет свою схему Покорности и исследует источники ее происхождения в детстве. Она наблюдает, как схема мешает ей отстаивать свои интересы, особенно в общении с Джейн. Эмили заполнила свой дневник схемы (рис. 3.2) сразу же после того, как Джейн попросила ее о встрече.

Триггер: Джейн сказала, что хочет встретиться со мной в 15:00.

Эмоции: Мне страшно, я хочу спрятаться.

Мысли: Она отчитает меня, как девчонку, и я не буду знать, что делать. Я не смогу ей противостоять.

Фактическое поведение: Я согласилась встретиться с ней. Я заполняю эту форму, чтобы понять, что мне делать.

Схемы: Я помню, как всегда должна была быть готова выполнить любые требования моего отца и первого мужа, и что я ни в коем случае не должна была огорчать их. Когда они злятся, берегись. Даже сейчас я позволяю своему второму мужу указывать мне, что делать, и стараюсь угодить ему. Моя схема Покорности заставляет меня хотеть позволить Джейн делать все, что она захочет, только бы она не злилась на меня.

Здоровый взгляд: Я не знаю, зачем Джейн хочет встретиться со мной. В любом случае, я не обязана делать все, что она захочет. Я заслуживаю уважения и могу закончить встречу, если она станет вести себя оскорбительным образом.

Реалистичные соображения: Джейн очень резкая в обшении с людьми. Она может накричать на меня. Я не идеальна в своей новой работе, но я все время совершенствуюсь. Я понимаю, что если она захочет, то всегда сможет найти, к чему придраться.

Чрезмерная реакция: Я сделала два поспешных вывода. Во-первых, что Джейн хочет отчитать меня. Во-вторых, что я ничего не смогу с этим поделать. Это заставляет меня чувствовать себя пассивной и беспомощной, как будто лучшее, что я могу сделать, — это просто пережить встречу. Такое отношение просто парализует меня.

Здоровое поведение: Я могу встретиться с Джейн и узнать, чего она хочет, вместо того чтобы вариться в своих догадках. Если она будет вести себя грубо, я смогу закончить встречу. С другой стороны, может быть, она и не станет нападать на меня, и мне не придется атаковать в ответ. В общем, главное, что сейчас у меня есть время на подготовку, и я смогу найти решение, которое будет эффективным для меня.

РИС. 3.2. Дневник схемы Эмили

ИТОГИ

Когнитивные стратегии повышают уровень осведомленности пациента о том, что его схема либо неверна, либо сильно преувеличена. Психотерапевт и пациент начинают с совместного решения рассматривать схему как гипотезу, подлежащую проверке. Они изучают доказательства, взятые из прошлой и текущей жизни пациента, которые поддерживают или опровергают схему. Затем психотерапевт и пациент находят альтернативные объяснения доказательствам в пользу схемы. Психотерапевт приписывает доказательства из детства искаженной динамике семьи, а доказательства из взрослой жизни пациента — действию самой схемы. Психотерапевт помогает пациенту научиться вести диалоги между схема-стороной и здоровой стороной своей личности.

Затем психотерапевт и пациент анализируют преимущества и недостатки существующих копинговых стратегий пациента, чтобы он принял решение стремиться к более адаптивному поведению. Пациент практикует здоровое поведение, сначала используя копинг-карточки, а затем переходя к дневнику схемы. Этапы когнитивной работы объединяются в определенную согласованную последовательность. Когнитивная работа подготавливает пациента к предстоящей экспериенциальной работе, поведенческой и межличностной работе.

Психотерапевт и пациент продолжают выполнять когнитивную работу на протяжении всего процесса лечения. По мере терапевтического прогресса, пациенты пополняют список доказательств против своих схем. Например, Эмили, начав принимать более независимые решения и вести себя активнее на работе, заметила подтверждения своих успехов. Как-то раз один из боссов проекта вызвал ее, чтобы поговорить о бюджете. Вместо того чтобы чувствовать свою беспомощность и откладывать сложный разговор, Эмили подготовилась к встрече. Она провела соответствующую ролевую игру во время сеанса психотерапии. Она изучила все необходимые факты. На встрече Эмили ответила на все вопросы начальника и смогла предложить несколько новых идей. Поскольку Эмили продолжала совершенствоваться в работе над собой, она накапливала все больше и больше доказательств против своей схемы Покорности. После преодоления схемы и совершенствования копинговых реакций жизнь Эмили стала предоставлять ей все больше и больше доказательств в пользу ошибочности ее схемы.

Глава 4

ЭКСПЕРИЕНЦИАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ

Экспериенциальные техники (техники переживания) преследуют две цели: 1) активировать эмоции, связанные с ранними дезадаптивными схемами; 2) обеспечить пациенту "замещающее родительство", чтобы излечить эти эмоции и частично удовлетворить потребности пациента, которые не были удовлетворены в его детстве. Для многих наших пациентов экспериенциальные техники, как нам кажется, обеспечивают самые глубокие изменения. С помощью экспериенциальной работы пациенты могут перейти от рационального понимания ложности их схем к вере в это на уровне эмоций. В то время как когнитивные и поведенческие техники базируются на накоплении небольших изменений, достигаемых посредством повторения, экспериенциальные техники более основательны. Их действие связано с рядом глубоких, убедительных, корректирующих эмоциональных переживаний. Экспериенциальные техники основаны на способности человека более эффективно обрабатывать информацию в условиях сильных эмоциональных переживаний.

В этой главе описаны экспериенциальные техники, которые мы чаще всего используем в схема-терапии. Сначала мы представим экспериенциальные техники для этапа оценки схемы, а затем — для этапа изменения схемы.

ОЦЕНКА ОБРАЗОВ И ДИАЛОГОВ

Наша основная экспериенциальная техника на этапе оценки схемы — это работа с воображением. В этом разделе описывается, как познакомить пациентов с основами работы в воображении и как провести сеанс работы с образами, переходя от спокойных образов к неприятным образам из детства, а затем и к образам из нынешней жизни пациента. Мы расскажем, как схема-терапевты используют экспериенциальные стратегии для выявления схем, определения источников их происхождения в детстве пациента и соотнесения с нынешними проблемами пациента.

Ознакомление пациента с процессом работы с воображением

Первому сеансу работы с воображением лучше посвятить почти весь час работы с психотерапевтом. Обычно мы выделяем около 5 минут на описание и обоснование

данной техники и ответы на любые вопросы пациента; около 25 минут — на работу с воображением; и около 20 минут — на обсуждение того, что происходило в течение сессии, направленной на работу с воображением. В дальнейшем работа с воображением на этапе оценки будет занимать лишь половину времени, потребовавшегося в первый раз.

Обоснование применения техники работы с воображением

К этому моменту пациент и психотерапевт уже завершили обзор истории жизни пациента, заполнили Методику диагностики ранних дезадаптивных схем Янга и Опросник родительского стиля Янга и обсудили полученные результаты. Пациенты начинают обретать рациональное понимание своих схем. Терапевт и пациент обсудили гипотезы, касающиеся базовых схем пациента и их происхождения из детства.

Работа с воображением — мощная техника, с помощью которой можно продолжить проверку гипотез, поскольку она запускает схемы прямо во время сеанса психотерапии — часто таким образом, что и пациент, и психотерапевт могут их *почувствовать*. Одно дело, когда пациенты рационально понимают, что у них с детства могут быть определенные схемы, и другое — когда они получают возможность прочувствовать их, вспомнить, как это ощущалось в детстве, связать эти чувства со своими текущими проблемами. Работа с воображением перемещает понимание схемы из области мышления в область эмоций. Она делает идею о схеме уже не "холодной", а "горячей" когницией. Обсуждение того, что произошло во время сеанса, посвященного работе с образами воображения, позволяет дополнительно информировать пациентов о схемах и о тех их потребностях, которые остались неудовлетворенными в детстве.

Таким образом, обоснование работы с воображением включает в себя три составляющие.

1. Определить схемы, которые являются наиболее важными для пациента.
2. Помочь пациенту научиться воспринимать свои схемы на эмоциональном уровне.
3. Помочь пациенту на эмоциональном уровне связать источники возникновения схем в детстве и подростковом возрасте с текущими проблемами во взрослой жизни.

Как правило, мы даем пациентам краткое обоснование необходимости проведения работы с воображением. Для большинства пациентов этого достаточно. Мы объясняем, что цель работы с воображением — почувствовать свои схемы и понять, как именно они зародились в их детстве. Техники визуализации дополняют рациональное понимание пациентом сути его проблем, которое изначально сформировалось благодаря когнитивной работе с пониманием проблемы на уровне эмоций.

Начало работы с воображением

В работе с воображением есть один основной принцип — давать пациенту лишь необходимый минимум инструкций для создания образа, с которым можно работать. Мы хотим, чтобы образы, создаваемые пациентами, полностью принадлежали им. Психотерапевт избегает предположений и дает как можно меньше подсказок. Задача состоит

в том, чтобы как можно точнее зафиксировать переживания пациента, а не навязать ему идеи или гипотезы психотерапевта. Цель — определить базовые образы, которые связаны с такими первичными эмоциями как страх, ярость, стыд и горе, и которые происходят из ранних дезадаптивных схем пациента.

Как правило, психотерапевт дает пациенту следующую инструкцию: "Закройте глаза и позвольте образу появиться в вашем сознании. Не форсируйте образ; просто позвольте ему прийти в ваш разум и скажите мне, что вы видите". Психотерапевт просит пациента вслух описать этот образ в настоящем времени и от первого лица, как если бы действие происходило здесь и сейчас. Психотерапевт предлагает пациенту использовать для описания образа визуальные картинки, а не слова или мысли: "Техника визуализации не похожа на процесс мышления или метод свободных ассоциаций, в которых одна мысль влечет за собой другую; скорее, образы — это как просмотр фильма в уме. Но я хочу, чтобы вы не только посмотрели фильм, но и прочувствовали его — стали частью действия, происходящего в фильме, и пережили все события, которые там разворачиваются". Поставив такую цель перед пациентом, психотерапевт помогает ему проработать образ, сделать его ярким и погрузиться в него.

Психотерапевт может помочь пациенту, задавая такие вопросы: "Что вы видите?", "Что вы слышите?", "Видите ли вы себя в этом образе? Какое выражение на вашем лице?" Как только образ становится четким, психотерапевт исследует мысли и эмоции всех "персонажей" образа. Присутствует ли в образе сам пациент? О чем он думает? Что чувствует? Где в его теле локализованы эмоции? Что ему хочется сделать? Присутствует ли кто-нибудь еще? О чем этот человек думает, что чувствует? Что этот человек хочет сделать? Психотерапевт просит пациента рассказывать об этом вслух и делать так, чтобы персонажи образа сообщали друг другу о своих чувствах. Как персонажи относятся друг к другу? Что они хотели бы получить друг от друга? Могут ли они сказать об этом вслух?

Психотерапевт завершает сеанс, посвященный работе с воображением, предлагая пациенту открыть глаза, а затем задает вопросы: "Каким был этот опыт для вас?", "Что эти образы значат для вас?", "Какими были основные темы?", "Какие схемы связаны с этими темами?"

Цель психотерапевта — не только помочь пациентам более интенсивно прочувствовать свои схемы, но и пережить воображаемую ситуацию вместе с пациентом, чтобы понять его на эмоциональном уровне. Этот вид эмпатического переживания образов пациента является мощным методом диагностики схем.

Образ безопасного места

На ранних этапах работы, мы начинаем и заканчиваем сеансы визуализации представлением образа безопасного места. Это особенно важно для сенситивных пациентов или пациентов с травмой. Начать с представления образа безопасного места — это простой, не пугающий пациента способ познакомить его с работой с воображением. Начиная работу подобным образом, мы предоставляем пациенту возможность попрактиковаться в визуализации, прежде чем перейти к более значимому, эмоционально насыщенному материалу. В конце сеанса, если пациент чувствует себя расстроенным из-за образа, над которым мы работали, возвращение в безопасное место дает ему возможность успокоиться.

В следующем примере психотерапевт и пациент создают образ безопасного места. Гектору 42 года, и он начал психотерапию по настоянию своей жены, Эшли, которая угрожает ему разводом. Она жалуется на то, что Гектор отстранен, холоден и склонен к вспышкам агрессии. К началу работы психотерапевт уже предоставил Гектору обоснование необходимости работы с воображением и теперь приступает к созданию образа безопасного места.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы хотели бы сейчас выполнить упражнение по работе с воображением?

ГЕКТОР: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Пожалуйста, закройте глаза и представьте себя в безопасном месте. Просто позвольте образу безопасного места прийти к вам в голову, а затем скажите мне, что оно собой представляет.

ГЕКТОР: Я вижу фотографию (*длинная пауза*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что на ней изображено?

ГЕКТОР: Это фотография меня с братом; мы выглядываем из окна нашего домика на дереве. Мой дядя построил его для нас.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Скажи мне, что вы видите, когда смотрите на фотографию?

ГЕКТОР: Я вижу нас двоих... (*Открывает глаза.*) Эта фотография действительно существует, я помню ее. (*Закрывает глаза.*) Я вижу нас двоих, мы улыбаемся.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, не открывайте глаза. Вы видите себя?

Психотерапевт помогает пациенту сосредоточиться на образе. Когда он начинает уходить в сторону, психотерапевт возвращает его обратно.

ГЕКТОР: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Сколько вам лет?

ГЕКТОР: Примерно семь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Какое время года?

ГЕКТОР: Это осень. Листья меняют цвет, они падают, их разносит ветром.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. Теперь, не открывая глаз, станьте тем мальчиком на фотографии. Я хотел бы, чтобы вы осмотрелись вокруг с позиции мальчика и рассказали мне, что видите.

ГЕКТОР: Хорошо. Я рядом с братом, смотрю в окошко домика на дереве.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что еще вы видите?

ГЕКТОР: Я вижу моего деда, стоящего на лужайке у нашего домика, он нас фотографирует. Я вижу деревья, улицу и соседние дома. Все дома одинаковые, они стоят близко друг к другу, каждый с маленьким участком газона.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Какие звуки вы слышите?

ГЕКТОР (*пауза*): Я слышу шум машин и голоса людей. Щебет птиц.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Теперь я хочу, чтобы вы оглянулись, находясь в домике на дереве. Что вы видите?

ГЕКТОР: Я вижу маленькую комнату в деревянном домике. Она построена из неровных досок, между ними щели, сквозь которые пробиваются лучи солнца. Домик находится на большом дереве, ветви которого свисают до самой земли. Внутри сумрачно, хотя за окном день. И если мы будем играть тихо, никто даже не узнает, что мы здесь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А что вы слышите?

ГЕКТОР: Здесь очень тихо. Я только время от времени слышу шелест листьев, шум ветра.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Есть ли какой-то запах?

ГЕКТОР: Да. Пахнет хвоей. И землей.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А как вы себя тут чувствуете?

ГЕКТОР: Хорошо. Я чувствую себя хорошо. Я чувствую, что это как будто секретное, особенное место. Здесь очень спокойно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как чувствует себя ваше тело?

ГЕКТОР: Расслаблено. Мое тело расслаблено.

Психотерапевт помогает Гектору проработать образ и прочувствовать его так, как будто это происходит в настоящий момент.

При создании образа безопасного места важно учитывать определенные стилистические особенности. В отличие от других образов, целью которых является запуск негативных эмоций, цель представления образа безопасного места состоит в успокоении пациента. Психотерапевт пытается успокоить и расслабить пациента, избегая негативных элементов. Психотерапевт формулирует идеи в позитивном ключе. Например, вместо "Здесь нет опасности", он говорит: "Вы в безопасности"; вместо "Вы свободны от тревоги", психотерапевт говорит: "Вы спокойны". Психотерапевт уводит пациента от психологически беспокоящих его тем, стремясь к теплым и умиротворяющим образам.

Некоторые пациенты — обычно те, у кого был травматический опыт жестокого обращения или пренебрежения в детстве — не могут самостоятельно представить образ безопасного места. У них, возможно, никогда не было безопасного места. Психотерапевт помогает им создавать такие образы безопасных мест. Иногда в качестве образа безопасного места хорошо срабатывают красивые пейзажи, такие как пляжи, горы, луга или леса. Однако даже с нашей помощью некоторые пациенты не могут представить себе место, где они чувствовали бы себя в безопасности. В таком случае психотерапевт может попытаться использовать собственный кабинет в качестве безопасного места: в начале и в конце сеанса визуализации он ориентирует пациентов на окружающую их обстановку в кабинете. Психотерапевт просит пациентов осмотреться и описать все, что они видят, слышат, чувствуют, пока те не сообщат о том, что чувствуют себя спокойно. Иногда нам приходится откладывать работу с воображением, пока пациент не начнет чувствовать себя в безопасности, находясь с психотерапевтом, и сможет рассматривать его кабинет как безопасное место.

Возвращение в безопасное место

Первую сессию работы с воображением психотерапевт заканчивает возвращением пациентов обратно в образ безопасного места, а затем просит их открыть глаза. В большинстве случаев этого достаточно, чтобы успокоить пациента и вернуть его к действительности, после чего можно перейти к обсуждению образов.

В тех случаях, когда пациент излишне сенситивен или образ был травмирующим, психотерапевту требуется уделить больше внимания его успокоению. Когда пациенты кажутся сильно взволнованными после сессии, направленной на работу с воображением, психотерапевт работает над тем, чтобы сосредоточить их на настоящем моменте, где они в безопасности. Психотерапевт просит их открыть глаза, окинуть взглядом кабинет и описать, что они видят и слышат, обсуждает с ними повседневные вопросы — куда они пойдут и чем займутся сразу после сеанса. Психотерапевт дает пациентам время, чтобы эмоция, вызванная образами воображения, стихла. Эти меры помогают пациентам перейти от неприятного представления образа к повседневной жизни.

Важно дать пациентам достаточно времени для успокоения и в полном объеме обсудить проведенную сессию по работе с воображением. Если это возможно, психотерапевт не позволяет пациентам покидать сессию крайне подавленными, напуганными или злыми из-за воздействия на них неприятных образов, поскольку эти чувства могут нежелательным образом повлиять на их повседневную жизнь. При необходимости психотерапевт предлагает пациентам посидеть в комнате ожидания, пока они не почувствуют, что готовы уйти. Психотерапевт может проводить с пациентом краткие беседы между сеансами. Психотерапевт может также позвонить пациенту вечером, чтобы узнать, как он себя чувствует.

Образы из детства

Обзор

Теперь, когда мы предоставили пациенту обоснование необходимости работы с воображением и предложили образ безопасного места, создающий ощущение комфорта, переходим к работе с детскими образами. Наша цель — наблюдать за эмоциями пациента и возникающими темами, чтобы идентифицировать его схемы и понять источники их происхождения.

Обычно мы выявляем у наших пациентов образы в следующем порядке (как правило, на одном сеансе мы работаем лишь с одним образом).

1. Любой неприятный образ детства.
2. По одному неприятному образу с каждым из родителей (т.е. отдельно образ с матерью и образ с отцом).
3. Неприятный образ с любыми значимыми другими, включая сверстников, которые могли способствовать формированию схемы.

Психотерапевт начинает с неструктурированного образа, просто предлагая пациенту представить себе любой неприятный образ из детства. Это дает пациенту возможность рассказать об основных проблемах своего детства. Переход к структурированным

образам позволяет психотерапевту охватить всех значимых других, которые внесли свой вклад в развитие схемы пациента.

Пример из практики

Следующий фрагмент взят из сессии по работе с воображением, которую д-р Янг провел с Марикой (ее случай описан в главах 2 и 3), пациенткой, ищущей помощи в решении семейных проблем. Она заявляет, что в браке ей не хватает близости, что ее муж, Джеймс, отчужден, критичен и оскорбляет ее.

Заполняя опросники, Марика отметила, что отец был "отчужденным" и "саркастичным" и очень мало делал для нее. Она уже представляла себе образ безопасного места на предыдущих сеансах. Сейчас психотерапевт просит Марику представить себе огорчающий ее образ отца, такого, каким он был в ее детстве.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хотели бы вы выполнить это упражнение сейчас?

МАРИКА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, тогда закройте, пожалуйста, глаза на некоторое время.

МАРИКА: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Все, о чем я вас прошу, — просто держать глаза закрытыми и представлять себя в детстве вместе с отцом. И не пытайтесь форсировать события, пусть все приходит само по себе.

МАРИКА: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы видите?

МАРИКА (*внезапно начинает плакать*): Я вижу себя, а он садится в кресло, читает газету, на нем белая рубашка, а в кармане этой рубашки много ручек. И я подхожу к нему и стучу по газете, "тук-тук", а он смотрит на меня таким взглядом, ну типа "ты мне мешаешь". Но я знаю, что он позволит мне забраться к нему на колени. (*Тихо плачет.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Кажется, он действительно не хочет, чтобы вы были там.

МАРИКА: Но я знаю, что он позволит мне забраться к нему на колени, а потом, может быть, даже будет читать мне вслух, но он всегда читает те истории, которые сам хочет прочесть, а не те, которые хочу послушать я. А потом я начинаю доставать его ручки из кармана и все в таком духе, а он заставляет меня возвращать их обратно, потому что хочет, чтобы они были на месте. А потом, если я не перестаю баловаться, он берет мои пальцы и сжимает их. И это больно, и я зову на помощь дядю, а затем ухожу. Или остаюсь сидеть и пытаюсь вести себя хорошо, чтобы он... (*Долгая пауза.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Чтобы снова нравиться ему?

МАРИКА: Чтобы снова нравиться ему.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Выходит, вы должны делать все, что он хочет, и всегда исключительно на его условиях?

МАРИКА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И вы должны довольствоваться теми крохами внимания, что он вам дает, хоть это и не то, чего вам действительно хотелось бы?

МАРИКА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы, находясь в этом образе, сказать своему отцу, каким бы вы хотели его видеть?

МАРИКА: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И скажите, что он не дает вам того, что вам необходимо. Скажите ему, что вам нужно, хорошо?

МАРИКА: Ну, я бы не возражала, если бы мы вышли прогуляться, просто покинули стены дома и прошлись по улице. И я бы не возражала, если бы ты смеялся немного чаще. И я бы не стала возражать, если бы ты мог взять нас с братом куда-нибудь и поиграть с нами. Но ты никогда не хотел играть с нами.

Первое, на что можно было обратить внимание в этой сессии с Марикой, — это то, как быстро меняются ее эмоции. Стоит ей закрыть глаза и представить себе отца, как она тут же начинает плакать. Такая быстрая смена настроения является обычным явлением при работе с воображением.

Доминирующая эмоция Марики, которую она выражает на сессии, — это горе. Ее плач выражает скорбь по поводу неудовлетворенных отцом эмоциональных потребностей. Базовая схема — Эмоциональная депривированность — ее отец не хочет уделять ей внимания и как-либо проявлять свое расположение к ней; ему не хватает способности к эмпатии, чтобы понять ее чувства. Кажется, он не заинтересован в ней. В этом суть проблемы Эмоциональной Депривированности: родитель эмоционально отстранен от ребенка. Ребенок пытается заставить родителя установить с ним эмоциональную связь, но это редко ему удается.

Две другие схемы Марики — схема Покорности и схема Недоверия/Ожидания жестокого обращения. Все происходит на условиях отца: он соизволил разрешить Марике забраться к нему на колени; они читают истории из газеты, которые интересны ему. Когда Марика рядом с ним, она должна делать то, что ему хочется. Он контролирует ситуацию; у нее нет возможности заслужить его внимание и привязанность. Она должна быть "хорошей", чтобы ее принимали, даже после того, как отец больно сжал ее пальцы; она должна принять жестокое обращение, если хочет заслужить внимание отца.

Чуть менее выраженная, но тоже очень важная схема — Дефективность/Стыдливость. Большинство "покинутых" детей чувствуют, что причина, по которой родители не обращают на них внимания, заключается в их собственной "недостойности". Безразличие отца Марики проявляется в отвержении, а тема отвержения является составляющей схемы Дефективности/Стыдливости. Марика хочет быть достойной его любви и, столкнувшись с неспособностью отца дать ей любовь, чувствует свою вину за то, что нелюбима. (Эта тема проясняется по мере терапевтического прогресса в ходе дальнейших сеансов.)

Образы, связывающие прошлое с настоящим

После изучения значимого образа детства — того, который вызывает сильные негативные эмоции, связанные с ранней дезадаптивной схемой — психотерапевт просит пациента переключиться на образ текущей ситуации во взрослой жизни, в которой он чувствует себя так же. Таким образом, психотерапевт устанавливает прямую связь между детскими воспоминаниями и взрослой жизнью пациента.

Следующий пример является продолжением сеанса визуализации, посвященного работе над образами Марики. Д-р Янг просит Марику представить образ себя и своего мужа, Джеймса, в котором она чувствовала бы себя так, как в случае с отцом. Затем психотерапевт просит Марику поговорить с Джеймсом в этом образе и сказать ему, чего она хочет от него.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы сейчас, обращаясь к образу Джеймса, сказать, чего бы вам от него хотелось? Просто скажите об этом вслух.

МАРИКА (*Джеймсу*): Джеймс, я хочу, чтобы ты прекратил кричать на меня. И я хочу, чтобы ты всегда интересовался, как прошел мой день. И слушал меня, когда я рассказываю свои дурацкие истории. И не смотрел бы на меня при этом так, будто хочешь, чтобы я либо договорила поскорее, либо просто замолчала. И я хотела бы, чтобы мы почаще веселились вместе. Просто смеялись бы над шутками друг друга или, если тебе не хочется шутить, можешь посмеяться над глупостями, которые я говорю или делаю, просто чтобы я знала, что тебе хоть немного нравится быть со мной. (*Плачет.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы хотите почувствовать, что хоть немного нравитесь ему?

МАРИКА: Я знаю, что должна же существовать причина, по которой мы вступили в брак.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что он говорит вам, когда вы высказываете эту мысль? Станьте им сейчас. Пусть он вам ответит.

МАРИКА: Ну, он просто начинает перечислять причины: что мы оба очень заняты, что у него ответственная работа, которая занимает много времени. И что он очень устал, и что "это все, что я могу сделать". И, вы знаете, еще он почти упрекает меня в том, что я чего-то требую, потому что он якобы и так делает все, что может.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как и ваш отец, который тоже много работал и обеспечивал вас материально, и считал, что вы должны быть благодарны уже за одно это?

МАРИКА: Угу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И с мужем такая же ситуация. Если они работают и дают вам деньги, то вы должны быть довольны и счастливы?

МАРИКА: Да.

Почти все, что Марика говорит Джеймсу в этом образе, она могла бы сказать и своему отцу. Тема одна и та же — Эмоциональная депривированность: Марика хочет,

чтобы Джеймс обращал на нее внимание, выслушивал ее и веселился с ней. Присутствует и тема Покорности: Джеймс сам устанавливает условия их отношений. Поскольку он так много работает, то может решать, когда ему проявлять внимание к жене. Марика не имеет права выдвигать какие-либо требования. И, наконец, Дефективность/Стыдливость: Марика хочет, чтобы Джеймс находил ее привлекательной, чтобы ему нравилось быть с ней, а не отворачиваться от нее.

Концептуализация образа в терминах схема-терапии

Психотерапевт помогает пациенту осмыслить происходящее на сессии по работе с воображением в терминах схема-терапии. Это обеспечивает интеллектуальный контекст для того, что происходит на сеансе, и помогает пациенту лучше понять значение возникшего образа. В следующем фрагменте беседы психотерапевт и Марика обсуждают значение результатов сессии по работе с воображением для понимания ее схем. Концептуализация сессии по работе с воображением помогает пациенту осмыслить то, что происходило на сессии, используя информацию, которую они с психотерапевтом обсуждали на этапе оценки схемы.

Психотерапевт сосредоточивается на основных схемах: Эмоциональной депривированности, Дефективности/Стыдливости и Покорности. Он начинает с описания схемы Эмоциональной депривированности Марики. Как часто бывает в случае с этой схемой, Марика лишь смутно осознает свою эмоциональную депривированность.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Интересно, в какой категории оказались наиболее высокие оценки в Схемном опроснике, который вы заполнили? Давайте посмотрим: может, это “Жесткие стандарты/Придирчивость”? Или “Самопожертвование”?..

МАРИКА: Не думаю, что это имеет ко мне отношение. (*Смеется.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, у меня тоже такое чувство, что наиболее болезненными схемами для вас являются вовсе не те, которые вы оценили наибольшим количеством баллов. Но иногда мы не осознаем каких-то более глубоких вещей, происходящих с нами, не так ли?

МАРИКА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Позвольте мне рассказать вам о некоторых моих предположениях насчет ваших возможных схем, исходя из того, что вы говорили сегодня на сеансе. Одну из этих схем я называю Эмоциональной депривированностью. Это чувство, что вы не сможете удовлетворить свои нормальные потребности в эмоциональной поддержке — что рядом не будет людей, которые полюбят вас; людей сильных, понимающих, желающих слушать, уделять внимание вашим потребностям; что нет никого, кто бы заботился о вас, и для кого вы были бы важны. Кажется ли вам, что это может быть одной из проблем?

МАРИКА: Ну, стоило бы уточнить, что это касается только моих отношений с мужчинами, потому что с подругами…

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, верно. Ваша мама была другой. Ваша мама была очень любящей. Но по крайней мере в случае с мужчинами Эмоциональная депривированность кажется серьезной проблемой. Ваш отец не проявлял по отношению к вам заботы, привязанности и внимания.

МАРИКА: Верно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И Джеймс тоже не делает этого, верно?

МАРИКА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И все же вы ощущаете потребность в этом. Именно об этом вы просите их обоих. Вы просите их уделить вам немного внимания и проявить заботу о вас на эмоциональном уровне.

Психотерапевт указывает на основную тему отношений Марики с отцом и мужем. Оба мужчины подкрепляют ее ощущение Эмоциональной депривированности. Психотерапевт продолжает, описывая схему Дефективности/Стыдливости Марики.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Перейдем к следующей теме, которая, по моему мнению, тоже может быть проблемой. Она называется Дефективность/Стыдливость, т.е. некое внутреннее ощущение своей неполноценности, неспособности быть любимой. И мне кажется, что многое из того, что вы описали в случае с отцом, должно было привести к возникновению этого чувства. Он мог заставить вас почувствовать, что с вами что-то не так, поэтому вы не можете привлечь его внимание, поэтому он не хочет проводить с вами время и поэтому он смотрит на вас с презрением. Это могло создать в вас, я думаю, более глубокое чувство того, что вы неполноценны или не соответствуете ожиданиям. Верно?

МАРИКА (*плачет*): Да. Мне кажется, это тоже типичная женская проблема, потому что не было ни дня в моей жизни, чтобы я не критиковала собственную внешность. У меня плохие волосы, лишний вес, я недостаточно красива и так далее. Сколько я себя помню, столько это и продолжается, потому что так делала моя мать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И ваш отец делал то же самое, только в косвенной форме, не уделяя вам внимания, игнорируя вас, заставляя чувствовать, что вы недостаточно хороши, и что у вас есть недостатки, которые обусловили его нежелание обращать на вас внимание. Итак, воспитываясь в семье с критически настроенной матерью и игнорирующим вас отцом, вы развили в себе ощущение того, что заслуживаете критики. Понимаете, что я имею в виду?

МАРИКА (*глубоко вздыхает*): Да.

Психотерапевт отмечает, что Марика ведет себя таким образом, чтобы подкрепить схему Дефективности/Стыдливости.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И я задаюсь вопросом, не является ли то, что вы ощущаете, чувством неполноценности? Вы продолжаете поступать так с собой, вы все время находите доказательства (скажем, вес или внешность), которые можно

использовать, чтобы унизить себя, поддержать свое чувство дефективности. Вы понимаете, о чем я говорю?

МАРИКА: Да. Это происходит автоматически. Даже когда я весила 55 кг, все равно была недовольна собой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это из-за действия вашей схемы.

МАРИКА: Да, я поняла наконец, что даже когда я сильно похудела, мои проблемы на этом не закончились.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Чувство неполноценности все равно присутствовало, даже когда у вас не было лишнего веса. И затем, конечно же, вы выбрали мужа, который подкрепляет это чувство, критикуя вас.

МАРИКА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы выбрали того, кто поддерживает ваше чувство неполноценности. А затем вы пытаетесь сопротивляться, защищать себя, но в глубине души какая-то часть вас верит ему. Это и есть схема.

Психотерапевт описывает темы, проявившиеся на сессии по работе с воображением, и связывает их с примерами из нынешней жизни Марики. Таким образом, он помогает ей увидеть действие схемы в ее повседневной жизни.

Образы значимых других из детства пациента

Как и у Марики, у большинства пациентов имеются схемы, связанные с детским опытом взаимодействия с родителями, и образы родителей почти всегда являются наиболее значимыми. Тем не менее мы также исследуем другие релевантные образы из детства: мы исследуем все образы, которые, по нашему предположению, наиболее важны для развития схем пациента. Чаще всего в них фигурируют родители, но иногда бывают включены и сиблинги, члены семьи, сверстники или даже незнакомцы. Если, выслушав жизненную историю, мы убеждены, что какой-то человек в детстве пациента сыграл значительную роль в развитии его схемы, мы включаем также образы пациента с этим человеком. Например, если мы знаем, что пациента в детстве оскорблял родной брат, мы также говорим: “Закройте глаза и представьте себя ребенком, который находится рядом с братом”; или, если мы знаем, что пациента дразнили в школе, мы говорим: “Закройте глаза и представьте себя учеником на школьном дворе”.

Резюме работы с воображением на этапе оценки (суть работы по оценке образов)

Работа с воображением помогает психотерапевту и пациенту выявить и прочувствовать базовые схемы, чтобы понять источники их происхождения в детстве и установить связи между ними и нынешними проблемами пациента. Кроме того, работа с воображением помогает как психотерапевту, так и пациенту лучше понять схемы последнего и перейти от рационального распознавания схем к их эмоциональному переживанию.

ЭКСПЕРИЕНЦИАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ НА ЭТАПЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Между применением экспериенциальных техник на этапе оценки и их применением на этапе изменения проходит несколько сессий. После оценки образов мы переходим к концептуализации схем пациента, а затем — к когнитивным техникам борьбы со схемами, описанным в предыдущей главе, таким как анализ доказательств, поддерживающих и опровергающих схему, и использование копинг-карточек. Именно в этот момент мы начинаем применять экспериенциальные техники для этапа изменения.

В этом разделе, посвященном экспериенциальным техникам на этапе изменения, мы расскажем о следующем: 1) обоснование включения таких техник в курс лечения; 2) как проводить диалоги в воображении; 3) работа с воображением с целью обеспечения "замещающего родительства" пациента; 4) образы травматических воспоминаний; 5) написание писем в качестве домашнего задания; 6) работа с воображением с целью разрушения поведенческих паттернов.

Обоснование

Обоснование необходимости экспериенциальной работы заключается в ее высокой эффективности в борьбе со схемами на эмоциональном уровне. К этому моменту психотерапевт и пациент уже проанализировали доказательства, подтверждающие и опровергающие схему, и выстроили ее рациональные опровержения. Освоив когнитивные техники, пациенты могут сказать следующее: "На рациональном уровне я осознаю, что моя схема не соответствует действительности, но мои чувства остаются прежними. Я все еще *чувствую*, что моя схема верна". Именно экспериенциальная работа (в сочетании с замещающим родительством) помогает пациенту бороться со схемой на эмоциональном уровне.

Диалоги в воображении

Диалоги в воображении являются одной из наших основных экспериенциальных техник на этапе изменения. Мы рассказываем пациентам, как вести диалоги в воображении — как с людьми, причастными к возникновению схем пациента в детстве, так и с людьми, подкрепляющими его схемы в настоящее время. Диалоги в воображении, которые мы описываем в этом разделе, являются упрощенной формой работы с режимами, о которых мы поговорим в следующей главе. В этой упрощенной версии мы используем три режима: Уязвимый ребенок, Здоровый взрослый и Дисфункциональный родитель.

Как мы отмечали ранее, обычно значимыми фигурами в детстве являются родители, поэтому родители — первые персонажи, образы которых мы используем в воображаемых диалогах. Мы просим пациентов закрыть глаза и представить себя вместе с родителями в неприятной ситуации. Часто эти образы совпадают с воспоминаниями, возникающими при работе с воображением на этапе оценки схемы, или похожи на них. Затем мы сосредоточиваемся на помощи пациентам в выражении сильных эмоций по отношению к родителям, и особенно в выражении гнева. Мы помогаем пациентам

определить потребности, которые не были удовлетворены их родителями, а затем помогаем выразить гнев на родителей за неудовлетворение этих потребностей в воображении.

Почему мы хотим, чтобы пациент, будучи ребенком в созданном им образе, разгневался на родителя, чье поведение привело к возникновению схемы? Обоснование заключается не просто в том, чтобы дать пациенту возможность выговориться, но и в том, что выражение гнева само по себе носит характер катарсиса и имеет определенную ценность. Наши главные цели — укрепить пациента в борьбе против схемы и помочь ему дистанцироваться от схемы. Выражение гнева и возможность отстаивать свои права в отношениях с обижающим родителем дает пациентам дополнительную силу. Гнев обеспечивает эмоциональную силу для борьбы со схемой. Схема искажает восприятие мира, а выражение гнева позволяет вновь сделать его адекватным. Когда пациенты говорят: "Я не позволю больше себя ругать", "Я не позволю тебе критиковать меня", "Я не позволю тебе контролировать меня", "Мне нужна была твоя любовь, но я не получал ее", "Я имел право злиться" или "Я имел право быть отдельной от тебя личностью", они словно переживают возрождение своей личности и ценности. Они заявляют о своих неотъемлемых человеческих правах. Они утверждают, что заслуживают лучшего обращения, чем то, которое досталось им в детстве.

Мы пытаемся донести до пациента, что он по умолчанию обладает базовыми правами человека. Психотерапевт рассказывает пациенту о том, что мы считаем универсальными потребностями и основными правами детей. Например, мы предоставляем пациенту со схемой Дефективности/Стыдливости информацию о том, что все дети имеют право на заботу и уважение. Мы обучаем пациентов со схемой Эмоциональной депривированности, что все дети имеют право на любовь, понимание и защиту. Мы доводим до сведения пациентов со схемой Покорности, что все дети имеют право выражать свои чувства и потребности (в разумных пределах). Мы говорим, что, будучи детьми, они тоже имели право на эти вещи. Мы надеемся, что, покинув кабинет психотерапевта, пациенты выйдут во внешний мир с осознанием и принятием тех прав, которых они были лишены в детстве.

Выражение гнева на родителя во время сеансов психотерапии имеет первостепенное значение на этапе применения экспериенциальных техник. Иногда пациенты пытаются отговорить психотерапевта от выполнения подобных упражнений. Они говорят, что разрешили вопрос гнева в предыдущем курсе психотерапии. Они говорят: "Я уже преодолел это. Я справился со своим гневом. Я понимаю своих родителей. Я прощаю их". Однако на практике мы обнаружили, что, принимая эти слова за чистую монету, мы часто делаем ошибку. Позже становится ясно, что пациент никогда не испытывал настоящего гнева по отношению к родителю. Если пациенты не выполнили эту часть работы — не выразили свой гнев на родителя ни в кабинете психотерапевта, ни в реальной жизни, — то они не прошли через эту стадию. (Как правило, мы не рекомендуем пациентам выплескивать свой гнев непосредственно на родителей в реальной жизни, за исключением тех случаев, когда мы тщательно взвесили все "за" и "против" с пациентом и пришли к такому решению.) Позже психотерапевт будет обсуждать с пациентом, есть ли у него возможность простить родителя. Затем психотерапевт поможет пациенту увидеть хорошие стороны личности родителя и принять его ограничения.

Однако, чтобы перейти от обиды к прощению и добиться успеха в борьбе со схемой, большинство пациентов должны сначала пройти через гнев. Для большинства пациентов выражение гнева в терапии имеет решающее значение. Без этого они на эмоциональном уровне остаются убежденными в истинности схемы, даже если рационально осознают, что это не так.

Иногда пациенты говорят, что испытывают чувство вины, выполняя это упражнение. Они полагают, что это неправильно — злиться на своих родителей. Они верят, что их гнев каким-то образом причинит их родителям боль, что, давая волю гневу, они предают родителей, или что родители не заслуживают гнева, поскольку "делали все возможное". Когда это происходит, мы говорим пациентам, что это всего лишь упражнение. Кроме того, мы не осуждаем родителей как плохих людей, когда сердимся на них в воображении; мы сердимся на конкретные ошибки в их стиле воспитания.

Также важно, чтобы пациенты выражали свое горе по поводу тех неприятностей, которые произошли с ними в детстве. Горе почти всегда перемешано с гневом. Процесс горевания помогает пациентам отличить прошлое, в котором схема была истиной, от настоящего, где она больше не является таковой. Горевание помогает пациентам "отпустить" нереалистичные ожидания изменений в личности родителя и признать хорошие его качества. Это также помогает им принять тот факт, что детство было достаточно болезненным, и что они не могут обнулить его влияние, но могут сосредоточиться на будущем и сделать его как можно более приятным.

Пациенты часто понимают, что, несмотря ни на что, они по-прежнему любят родителей. Они обретают способность договориться с родителями о функциональных взаимоотношениях. Однако если все разумные усилия сделать это не увенчались успехом, горевание помогает пациентам "отпустить" произошедшее и сохранить при этом открытость для формирования других, более здоровых отношений. Наконец, горевание помогает пациентам испытать чувство сострадания к самому себе в детстве, заменяя этим принятые ранее презрение или безразличие к себе. Горевание помогает пациентам простить себя.

Вторая цель выражения гнева на родителя (см. выше) состоит в том, чтобы помочь пациенту эмоционально отстраниться от схемы. Одна из причин, по которым пациентам так трудно бороться со схемами, заключается в том, что они воспринимают их как эго-синтонические. Пациенты интернализировали слова и поступки родителей и теперь в своей внутренней речи используют то, что им обычно говорили родители (или подразумевают это в своем поведении): "Твои чувства не важны", "Ты заслуживаешь оскорбления", "Тебя никто не любит", "Ты всегда будешь одиноким", "Никто никогда не сможет удовлетворить твоих потребностей", "Ты должен делать то, что хочет другой человек". Голос родителя стал собственным голосом пациента, и его слова кажутся правдивыми. Выражая гнев на родителей в воображении, пациенты помогают себе полностью изменить этого процесс, сделать его обратимым. Они экстернализируют схему как "голос родителя". Таким образом, пациенты дистанцируются от того, что раньше им казалось их собственным голосом. Теперь это голос родителя, который критикует, контролирует, ограничивает или ненавидит, но не является частью самого пациента. Схема становится эго-дистонической. Психотерапевт объединяет усилия с пациентом для борьбы со схемой, которую отображает родитель.

Иллюстрация случая

Следующие фрагменты взяты из беседы д-ра Янга с Дэниелом, пациентом, с которым мы познакомились в главе 3. Дэниел в течение девяти месяцев проходил традиционную когнитивную терапию, работая над проблемами социальной тревоги и управления гневом. Ему 36 лет, он отец-одиночка, воспитывает маленького сына. Пять лет назад он узнал об изменах жены и развелся с ней. С тех пор он одинок. Долгосрочная терапевтическая цель Дэниела — успешно установить близкие отношения с женщиной.

Детство Дэниела было наполнено травмирующими событиями. Его отец страдал алкоголизмом и каждую ночь пьянствовал в барах по соседству. Дэниел делится воспоминанием, как он, будучи маленьким ребенком, бродил по городу ночью один, чтобы найти отца и привести его домой. Пока отец шатался по барам, мать Дэниела сидела дома, развлекалась с другими мужчинами, напивалась и занималась с ними сексом — Дэниел при этом тоже был дома. Когда рядом с ней не было мужчины, мать Дэниела провоцировала его, демонстрируя свою наготу, — под предлогом необходимости сексуального образования сына. Кроме того, мать Дэниела избивала и словесно оскорбляла его.

Как и следовало бы ожидать с учетом подобной истории жизни, базовой схемой Дэниела, особенно в области близких отношений с женщинами, является схема Недоверия/Ожидание жестокого обращения. Мать Дэниела подвергала его сексуальному, физическому и вербальному насилию, оба родителя использовали его в своих целях. Как сказал сам Дэниел, "люди будут использовать и оскорблять меня". Это его базовое убеждение. Вокруг этого "ядра" сгруппирован ряд других схем. Как и большинство жертв жестокого обращения, Дэниел чувствует себя неполноценным. Жестокое обращение со стороны матери и пренебрежение со стороны отца заставили его чувствовать себя неадекватным, постыдным, бесполезным и нелюбимым. В дополнение к схеме Дефективности/Стыдливости, у Дэниела также присутствуют сильные схемы Покорности и Подавления Эмоций.

В этом фрагменте д-р Янг рекомендует Дэниелу провести воображаемый диалог со своей матерью, а затем с бывшей женой. Цель д-ра Янга — помочь Дэниелу выразить гнев по отношению к людям из его прошлой жизни, которые причиняли ему боль, и утвердить свои права. В начале фрагмента Дэниел описывает образ неприятной ситуации из детства, связанной с матерью.

ДЭНИЕЛ: Я дома, на втором этаже. Мать приводит себя в порядок и красит волосы. Обычно она тратит кучу времени на подобные вещи. Она голая; дверь в ванную комнату, где она находится, широко открыта. Когда она замечает меня, то встает и говорит, что может легко доказать, что она натуральная блондинка, — продемонстрировав светлые волосы на лобке.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы чувствуете, когда она об этом говорит?

ДЭНИЕЛ: Отвращение и презрение. Я совсем не испытываю сексуального влечения...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что она делает дальше?

ДЭНИЕЛ: Она показывает на разные части своего тела, например, груди, и вроде как хвастается ими.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы превратиться в нее, в ее голос, чтобы сказать это от ее лица?

ДЭНИЕЛ (*в роли матери*): "Все нормально, ты можешь смотреть на меня, тебе пойдет это на пользу, сможешь чему-то научиться. Тебе пора узнать кое-что о сексе. Вот так это выглядит".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы себя чувствуете, когда она об этом говорит?

ДЭНИЕЛ: Я сбит с толку, испытываю отвращение. Я чувствую, что она нарушила мои границы. Я чувствую, что у меня вообще нет матери, с которой я мог бы просто нормально пообщаться. Я живу под одной крышей с этой сумасшедшей.

Определив, что поступки матери причиняли вред Дэниелу, и выяснив, как Дэниел к этому относится, психотерапевт переходит к изучению неудовлетворенных потребностей пациента. Он спрашивает Дэниела, что тот хотел бы получить от своей матери в детстве.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы можете сказать ей, что вам нужно от нее прямо сейчас? Сообщите ей о том, что нуждаетесь в ней как в матери, даже если не сказали ей об этом, будучи ребенком. Но постарайтесь себе представить, что сейчас, в этом образе, вы говорите от имени того самого ребенка.

ДЭНИЕЛ (*в роли ребенка обращается к матери*): "То, что ты используешь меня подобным образом, — это неправильно. Плохо и то, что я вынужден сталкиваться с проблемами папы. У меня много своих проблем, как и у вас. И мне действительно нужно, чтобы вы были рядом со мной, иногда помогали мне справляться с проблемами. Мне нужно, чтобы ты была понимающей и заботливой, чтобы я мог к тебе обратиться. Но вместо этого ты сама все еще маленькая девочка, которая так и не повзрослела. Мне больно, что у меня не может быть счастливого детства".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что она отвечает?

ДЭНИЕЛ (*в роли матери*): "У всех есть проблемы, и у меня их больше, чем у тебя. Ты должен чувствовать себя благодарным уже за то, что у тебя есть крыша над головой". (*Пауза.*)

До этого момента, эмоции пациента были не слишком выраженными. Психотерапевт помогает ему пережить более сильные эмоции, намеренно преувеличивая особенности поведения матери. (Как мы покажем в следующих главах, для этого психотерапевт использует работу с режимами: он вводит режим Сердитого ребенка в качестве персонажа образа.)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я хочу, чтобы вы удерживали этот образ в сознании, а затем добавили в образ другого Дэниела, разгневанного Дэниела, который зол на мать за подобное обращение. Можете ли вы представить себе образ разгневанного Дэниела? Дэниела, который вне себя от ярости?

ДЭНИЕЛ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы видите?

ДЭНИЕЛ: Я вижу, как кричу на мать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можно услышать это?

ДЭНИЕЛ (*громко*): Ты чертова проститутка и сука! Я тебя ненавижу! Я хотел бы, чтобы у меня была другая мать! У меня отец, с которым я не хочу иметь ничего общего, и ты туда же, я терпеть вас не могу!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Позвольте мне побыть в ее роли, я хочу, чтобы вы продолжали злиться. (*В роли матери.*) "Слушай, у нас у всех есть проблемы. Мои проблемы хуже твоих. Тебе вообще повезло, что у тебя есть крыша над головой".

ДЭНИЕЛ: Чушь! Я — ребенок в вашей семье. Ваша обязанность — защищать меня и следить, чтобы у меня было все необходимое.

ПСИХОТЕРАПЕВТ (*в роли матери*): "Я должна думать о себе, потому что твой отец обо мне не думает".

ДЭНИЕЛ: Ты только и делаешь, что думаешь о себе. Ты вечно размалевываешь лицо и волосы и думаешь о мужиках. А я остаюсь дома один. И мне приходится видеть все это дерьмо. Я устал от этого! Я устал от него и от тебя. Если бы у меня был выбор, меня бы здесь не было.

ПСИХОТЕРАПЕВТ (*в роли матери*): "Мне не нравится, когда ты так кричишь. Сейчас как оттаскаю тебя за волосы..."

ДЭНИЕЛ: Попробуй только подними на меня руку! Я больше не позволю тебе этого, ты меня достала! Иди поколоти кого-то, кто не сможет дать тебе сдачи.

ПСИХОТЕРАПЕВТ (*в роли матери*): "Я ведь стараюсь делать для тебя что-то хорошее, например, показываю тебе свое тело. Разве тебе не приятно, когда я обучаю тебя сексу?"

ДЭНИЕЛ: Тоже мне, "хорошее". Тебе что, мужиков твоих мало? Они через наш дом табунами проходят, но тебе этого недостаточно, и ты переключилась на меня? Все, мне это надоело, мне надоело твое отвратительное тело. Оставь его при себе, потому что я не хочу его видеть!

Психотерапевт, играя роль матери Дэниела в воображаемом диалоге, намеренно провоцирует и подстрекает его. Мы часто применяем эту тактику, когда играем роль родителя при работе с пациентами со схемой Подавления эмоций. Чтобы вызвать у пациента сильные эмоции, мы говорим то, что должно вывести его из себя, основываясь на информации, которую получили от него. Обратите внимание, что психотерапевт, играющий роль матери пациента, фактически дословно цитирует слова, которые произнес сам пациент чуть ранее, когда играл роль собственной матери, и использует информацию, которая уже была предоставлена пациентом (например, тот факт, что в детстве мать в наказание таскала его за волосы).

Психотерапевт переходит к первой жене Дэниела, которая изменяла ему. Психотерапевт продолжает помогать пациенту излить гнев на людей, которые причинили ему боль и предали его.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Теперь я хочу, чтобы вы представили свою бывшую жену — после того, как узнали об ее измене. Я хочу, чтобы вы сейчас сказали ей, что чувствуете.

ДЭНИЕЛ (*с грустью*): Мне очень обидно, что ты обманула меня. Мы же обещали хранить верность друг другу. Я не лучший муж в мире, я не идеален, но ты поступила просто подло. Из-за тебя я чувствую себя ничтожеством. Ты этого добивалась? Хотела разрушить наш брак?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что она говорит в вашем образе? Станьте ею и произнесите ее слова.

ДЭНИЕЛ (*в роли бывшей жены*): "Не делай из мухи слона. Сейчас все так живут. Ты не можешь контролировать меня. Я могу делать, что хочу, могу пойти, куда хочу! Кто ты такой, черт возьми, чтобы указывать мне?"

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ответьте ей.

ДЭНИЕЛ: Я твой муж. И я женился на тебе, чтобы быть с тобой рядом, в горе и в радости. И я очень разочарован в тебе из-за твоей неверности. Не думаю, что смогу смириться с этим. Да и *не собираюсь* мириться!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы себя чувствуете, когда говорите об этом?

ДЭНИЕЛ: Ну, я чувствую, что нормально выражаю свой гнев. Это приносит некоторое облегчение.

Побуждая Дэниела высказать свой гнев на мать и на бывшую жену, психотерапевт помогает ему почувствовать себя более сильным в отношениях со своими обидчиками и дистанцироваться от детского ощущения беспомощности.

Работа с воображением с целью обеспечения замещающего родительства

Работа с воображением в целях обеспечения замещающего родительства особенно полезна для пациентов с большинством схем из домена Нарушение связи и отвержение (Покинутость/Нестабильность, Недоверие/Ожидание жестокого обращения, Эмоциональная депривированность, Дефективность/Стыдливость). Когда эти пациенты были детьми, они были лишены возможности нормально общаться, чувствовать себя в безопасности, чувствовать себя любимыми, получать заботу и признание. Через замещающее родительство при работе с воображением, психотерапевт помогает пациентам вернуться в режим ребенка и научиться получать от психотерапевта, а затем и от самого себя то, чего им не хватало в детстве, то, чего им недодали. Такой подход представляет собой вариант "замещающего родительства".

Как и в случае с воображаемыми диалогами, которые мы описывали выше, работа с воображением с целью обеспечения пациенту замещающего родительства является упрощенной формой работы с режимами. Мы используем все те же три режима: Уязвимый ребенок, Дисфункциональный родитель и Здоровый взрослый, но теперь мы вводим в воображаемую ситуацию режим Здорового взрослого чтобы защитить Уязвимого ребенка от Дисфункционального родителя.

В этом процессе три шага: 1) психотерапевт просит разрешения войти в воображаемую ситуацию и поговорить напрямую с Уязвимым ребенком; 2) психотерапевт заботится об Уязвимом ребенке пациента; 3) Здоровый взрослый самого пациента, который сформирован с помощью психотерапевта, самостоятельно заботится об Уязвимом ребенке.

Шаг 1. Психотерапевт просит разрешения войти в воображаемую ситуацию и поговорить с Уязвимым ребенком;

Прежде всего, психотерапевт должен получить доступ к режиму Уязвимого ребенка пациента. Чтобы сделать это, психотерапевт просит пациента закрыть глаза и представить образ себя как ребенка — либо в нынешнем времени, либо в какой-то ситуации в прошлом. Затем психотерапевт ведет диалог с Уязвимым ребенком пациента, используя пациента в качестве посредника. Вместо того чтобы говорить непосредственно с ребенком, психотерапевт просит пациента передавать сообщения.

Рассмотрим пример Гектора, пациента, которого мы описывали ранее, и который начал курс психотерапии по настоянию своей жены, угрожавшей ему разводом. В целом Гектору была свойственна отстраненная манера поведения, и в начале работы с воображением у него возникали некоторые трудности. Даже после нескольких сеансов работы с воображением ему все еще было сложно сосредоточиться на своих детских образах.

Мать Гектора страдала шизофренией и в течение всего его детства периодически попадала в психиатрические лечебницы. Пока она лечилась, Гектор и его младший брат жили в приемных семьях. Эта воображаемая ситуация отражает его схемы Покинутости/Нестабильности и Недоверия/Ожидания жестокого обращения.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы представить себя ребенком, во время пребывания в одной из этих приемных семей?

ГЕКТОР: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы видите?

ГЕКТОР: Я вижу себя и брата в незнакомой спальне, мы сидим на кровати.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы видите, глядя на маленького Гектора?

ГЕКТОР: Он выглядит испуганным.

Психотерапевт просит пациента разрешить ему поговорить непосредственно с “маленьким Гектором” — Уязвимым ребенком пациента.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Могу ли я поговорить с маленьким Гектором в вашем образе?

ГЕКТОР: Нет. Он слишком боится вас, чтобы говорить. Он еще не доверяет вам.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что он делает?

ГЕКТОР: Спрятался под одеялом на кровати. Он слишком напуган, чтобы разговаривать с вами.

Пациент защищает своего Уязвимого ребенка от возможного вреда. Это вполне ожидаемо в работе с пациентами, базовые схемы которых находятся в домене Нарушение связи и отвержение. Они отстранены от эмоций, связанных с их схемами, им трудно встретиться с болью, которую вызывают подобные упражнения. Пациенты, которые испытали жестокое обращение в детстве, в буквальном смысле слова боятся психотерапевтов.

В этот момент психотерапевт начинает диалог с избегающей частью личности пациента (режим Отстраненного защитника). Психотерапевт пытается убедить пациента, что позволить ему поговорить с Уязвимым ребенком — это безопасно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Почему маленький Гектор не доверяет мне? Что я такого могу сделать, чего он боится?

ГЕКТОР: Он думает, что вы собираетесь причинить ему боль.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Каким образом, по его мнению, я могу это сделать?

ГЕКТОР: Он думает, что вы окажетесь подлым и станете насмехаться над ним.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы согласны с ним? Вы действительно думаете, что я вел бы себя так по отношению к нему? Что я вел бы себя подло и высмеивал его?

ГЕКТОР (*пауза*): Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, тогда не могли бы вы ему об этом сказать? Скажите, что я хороший человек, который добр по отношению к вам и не причинит вреда ему.

Психотерапевт продолжает действовать подобным образом, пока пациент не предоставит ему разрешение на общение непосредственно с Уязвимым ребенком. В случае с пациентами с тяжелыми расстройствами, психотерапевту может потребоваться несколько сессий, чтобы достичь этой цели.

Шаг 2. Психотерапевт заботится об Уязвимом ребенке пациента

Как только психотерапевт получает разрешение поговорить с Уязвимым ребенком пациента, он входит в воображаемую ситуацию и заботится о ребенке.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Видите ли вы меня сейчас в своем воображении? Видите, как я сел рядом с кроватью, чтобы поговорить с маленьким Гектором?

ГЕКТОР: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы поговорить со мной, будучи в образе маленького Гектора, и сказать, что вы чувствуете?

ГЕКТОР: Мне страшно. Мне здесь не нравится. Я хочу к маме. Хочу домой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Чего вы хотите от меня?

ГЕКТОР: Я хочу, чтобы вы остались со мной, чтобы вы поддержали меня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как насчет того, чтобы в вашем воображении я сел рядом с вами и обнял за плечи? Как вы на это смотрите?

ГЕКТОР: Хорошо. Это хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ (*в воображаемом образе*): Я останусь здесь, с тобой. Я позабочусь о тебе. Я не оставлю тебя.

Психотерапевт говорит ребенку: "Чего ты хочешь от меня? Чем я могу тебе помочь?" Иногда пациенты говорят: "Я просто хочу, чтобы вы поиграли со мной. Будете играть со мной?" Или они говорят: "Я хочу, чтобы вы обняли меня или сказали, что я хороший". Все, чего хочет пациент (если это, конечно, входит в рамки взаимоотношений "родитель — ребенок"), мы стараемся предоставить в воображении. Пациентам, желающим сыграть в игру, мы задаем вопрос: "В какую игру вы хотите сыграть?" Пациентам, которые хотят, чтобы их обняли, мы говорим: "Почему бы мне не обнять вас за плечи в этой воображаемой ситуации?" Исполняя в воображении роль Здорового взрослого, психотерапевт предоставляет пациенту "противоядие" от его основных схем.

Шаг 3. Здоровый взрослый пациента, сформированный с помощью психотерапевта, самостоятельно заботится об Уязвимом ребенке

Позаботившись об Уязвимом ребенке, мы просим пациента войти в режим Здорового взрослого, сформированный с помощью психотерапевта, чтобы он проделал то же самое. Зачастую это становится возможным лишь на более поздних сеансах, когда укрепится здоровая сторона личности пациента.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я хочу, чтобы вы вошли в воображаемую ситуацию в качестве взрослого. Представьте, что вы в этом образе взрослый, и что вы видите маленького Гектора, комнату и своего младшего брата. Видите это?

ГЕКТОР: Угу...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Не могли бы вы поговорить с маленьким Гектором? Помочь ему почувствовать себя лучше?

ГЕКТОР (*обращаясь к маленькому Гектору*): Я вижу, что тебе очень тяжело. Ты сильно напуган. Хочешь об этом поговорить? Почему бы тебе просто не подойти ко мне, и мы побудем вместе некоторое время?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А как чувствует себя маленький Гектор, когда слышит это?

ГЕКТОР: Он чувствует себя лучше, как будто появился кто-то, кто позаботится о нем.

Цель этого шага состоит в том, чтобы Здоровый взрослый пациента удовлетворил эмоциональные потребности Уязвимого ребенка в воображении. Выполнение этого упражнения помогает пациентам воссоздать ту часть себя, которая сможет удовлетворить их проигнорированные потребности и, таким образом, преодолеть их схемы.

Работа над образами с целью обеспечения замещающего родительства чрезвычайно важна для последующих сеансов психотерапии. После того как психотерапевт впервые обратился непосредственно к Уязвимому ребенку, он сможет обращаться к этому режиму и на следующих сеансах, если пациент находится в избегающем или гиперкомпенсаторном режимах. Психотерапевт сможет получить доступ к уязвимой части

пациента, скрывающейся за избеганием или гиперкомпенсацией. Ниже приведен пример с Гектором, который часто приходил на сеансы в режиме Отстраненного защитника.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Сегодня вы выглядите отстраненным и немного грустным.

ГЕКТОР: Есть такое.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что происходит? Вы знаете, почему это так?

ГЕКТОР: Нет. Я не знаю, почему.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можем ли мы выполнить упражнение, чтобы выяснить это? Не могли бы вы закрыть глаза и представить себе маленького Гектора? Можете представить его прямо здесь и сейчас и сказать мне, что вы видите?

ГЕКТОР: Я вижу, как он свернулся в клубок. Он напуган.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Чего он боится?

ГЕКТОР: Он боится, что Эшли оставит его.

Когда пациенты заявляют, что не знают своих чувств, это зачастую говорит о потере ими связи с их Уязвимым ребенком. Когда психотерапевт просит их закрыть глаза и воссоздать образ Уязвимого ребенка, они могут внезапно понять, что именно чувствуют. Затем психотерапевт сможет работать над тем, что ранее было недоступно.

После того как психотерапевт установил связь с Уязвимым ребенком пациента, он получает стратегию подключения к базовым чувствам пациента, зачастую столь глубоким, что о них может не подозревать даже его взрослая часть личности. Всякий раз, когда пациент говорит: "Я не знаю, что сейчас чувствую" или "Я боюсь, но не знаю, почему", или "Я злюсь, но не знаю, почему", психотерапевт может сказать: "Закройте глаза и представьте себя маленьким ребенком". Доступ к режиму Уязвимого ребенка почти всегда дает нам информацию о том, что пациент чувствует и почему.

Травматические воспоминания

В этом разделе мы расскажем о возможностях проведения диалогов в воображении в работе с пациентами, имеющими травматические воспоминания, — обычно вследствие жестокого обращения или покинутости. Образы травматических воспоминаний отличаются от других образов: пациентам труднее их переносить; они вызывают более сильные эмоции; наносят более серьезный психологический ущерб; сами воспоминания часто блокируются.

Работая с травматическими воспоминаниями в воображении, мы преследуем две цели. Первая — заставить пациента избавиться от блокирования аффекта — "подавления горевания" по поводу травмы. Психотерапевт помогает пациенту пережить травму, чувствуя и выражая эмоции, связанные с ней. Вторая цель состоит в том, чтобы обеспечить пациентам защиту и комфорт в воображении, привлекая Здорового взрослого. Как и в случае с другими описанными нами диалогами в воображении, диалоги в этом разделе являются формой работы с режимами, в которых используются три главных персонажа: Уязвимый ребенок, Насильственный или Покидающий родитель и Здоровый взрослый.

При работе над нетравматическими образами мы обычно убеждаем пациентов продолжать начатое. Мы намеренно подводим их к моменту, когда они почувствуют себя дискомфортно. Мы призываем их полностью выразить эмоции, связанные с образом. Однако когда мы имеем дело с воспоминаниями о жестоком обращении или о другой травме — особенно с заблокированными воспоминаниями, — мы не подталкиваем пациента. Скорее, мы движемся медленно, позволяя пациенту устанавливать собственный темп работы. Цель помощи пациенту на данном этапе — позволить ему почувствовать себя в безопасности, и это имеет приоритет перед всеми прочими задачами. Очень часто работа над травматическими воспоминаниями невыносима для пациентов. Во время работы психотерапевт пытается максимально усилить у пациента чувство контроля. Если заблокированные воспоминания о жестоком обращении всплывают на поверхность, психотерапевт ведет себя очень осторожно и продвигается медленно, чтобы справляться с воспоминаниями пациента постепенно. Прежде чем двигаться дальше, психотерапевт дает пациенту достаточно времени для усвоения новой информации и проработки всех последствий.

Есть множество способов, к которым может прибегнуть психотерапевт, чтобы помочь пациенту сохранить чувство контроля над ситуацией во время сеансов, посвященных работе над травмирующими образами, и после них. Психотерапевт может договориться с пациентом, что тот будет подавать сигнал во время сеанса, например, поднимать руки всякий раз, когда у него появляется желание остановить работу в воображении. Психотерапевт может начинать и заканчивать работу с воображением визуализацией образа безопасного места. Установление безопасных границ при работе с воображением поможет пациентам контролировать сильные эмоции, пробужденные в результате выполнения упражнения.

Другой способ, с помощью которого психотерапевт может помочь пациентам управлять возникшими переживаниями, — обсуждение сессии, посвященной работе с воображением, сразу же после завершения такой работы. В этом обсуждении психотерапевт предоставляет пациенту возможность рассказать обо всем произошедшем: о чем он думал, что чувствовал, в чем нуждался, чему научился. Например, психотерапевт может провести 15-минутную работу с травматическим воспоминанием пациента, а затем выжидать несколько недель, прежде чем снова приступить к такой работе. В течение этих недель пациент и психотерапевт уделяют много времени проработке того, что происходило во время сеанса, посвященного работе с воображением.

Мы обнаружили, что во время работы с воображением психотерапевту лучше воздерживаться от активного вмешательства в ход упражнения. Психотерапевт просто слушает, не проводя проверки действительности или конфронтации, и при этом мягко задает открытые вопросы, если пациент, кажется, застрял: “Что происходит с образом сейчас?” или “Что происходит дальше?” Позже, когда пациент полностью осознает масштаб травмы и в полной мере ее переживет, психотерапевт сможет перейти к более активному вмешательству. Когда пациент слишком напуган, чтобы работать с воображаемой ситуацией, психотерапевт может предоставить ребенку образ некого защитного ограждения или оружие против агрессора, надеясь, что это позволит ему чувствовать себя достаточно безопасно, чтобы продолжать работу. Мы обсудим это далее, в главе 9, посвященной пограничным расстройствам личности. (Как мы объясняем в

этой главе, мы не рекомендуем вводить оружие в образы пациентов, у которых есть история проявлений насилия.)

Для психотерапевта чрезвычайно важно воздерживаться от каких-либо предположений о том, что происходило с пациентом. Ему не стоит делать заявления или выводы о том, что "на самом деле произошло", но вместо этого ему необходимо позволить пациентам свободно раскрывать свои истории. Если психотерапевт подозревает, что пациент подвергался сексуальному насилию, но сам пациент об этом не рассказывает, психотерапевту не стоит поднимать эту тему. Психотерапевт просто молча ждет и надеется, что в конечном итоге пациент поделится своей историей. Как правило, если мы работаем с пациентами достаточно долго, они со временем чувствуют себя достаточно безопасно, чтобы наконец рассказать о насилии, если оно имело место. В частности, в свете нынешних дебатов о ложных воспоминаниях, мы считаем, что психотерапевтам следует быть предельно осторожными. Поэтому мы ничего не говорим; мы просто назначаем регулярные сессии по работе с воображением и ждем результатов.

После завершения сеансов, посвященных работе с травматическими образами детства, пациенты иногда отрицают правдивость образа, который они представляли. Они скажут: "Такого никогда не случалось. Это было не совсем воспоминание. Я это придумал". Мы считаем, что правильным ответом на это утверждение будет то, что с точки зрения целей психотерапии не имеет значения, был ли образ истинным. Образ раскрывает истинные эмоции пациента, и психотерапевт с пациентом должны проработать эти эмоции, чтобы помочь пациенту исцелиться. Мы можем работать с образом, не принимая решения касательно его точности или достоверности. Даже если воспоминание ложно в плане неточности некоторых деталей, тема образа — депривированность, подконтрольность, покинутость, критика, насилие — обычно воспроизводится достоверно. Мы стараемся не углубляться в вопрос точности образа, поэтому не ведем себя с пациентами так, будто их образ обязательно достоверен. Мы сосредоточиваемся на теме образа — схеме — и работаем над ней.

В случае с чрезвычайно сенситивными пациентами, особенно пациентами с пограничным расстройством личности (ПРЛ), существует риск диссоциации или декомпенсации во время экспериенциальной работы. Мы подробно остановимся на этом вопросе в главе 9.

Письмо родителям

Еще одна экспериенциальная техника, которую мы используем с пациентами в качестве домашнего задания, — это написание писем родителям или другим значимым людям, которые причинили пациентам боль в детстве или подростковом возрасте. Пациенты приносят письма на следующие сеансы и читают их психотерапевту вслух. (Пациенты не отправляют эти письма родителям, за исключением редких случаев, о которых мы вскоре поговорим.)

Обоснованием для написания писем родителям является обобщение того, что пациент узнал о родителе в результате проделанной когнитивной и экспериенциальной работы. Пациенты могут использовать письма как возможность заявить о своих чувствах и утвердить свои права. Психотерапевт может предложить им раскрыть в письме

определенные темы: что из того, что делал (или не делал) родитель, было травмирующим для пациента в детстве; как пациент чувствовал себя из-за этого; что пациенту хотелось бы получить от родителя в то время и сейчас.

В большинстве случаев мы рекомендуем пациентам не отправлять письма. Иногда пациенты принимают решение отправить их, но только после того, как мы уделим достаточно времени анализу возможных последствий. Например, пациенты могут разозлить родителей; родители могут впасть в депрессию; пациенты могут позже испытать чувство вины; пациенты могут оттолкнуть от себя братьев и сестер, быть в конечном итоге исключенными из своих семей. Психотерапевт старается быть внимательным и охватить все возможные сценарии, прежде чем пациент действительно отправит письмо.

Далее приведен пример письма, написанного пациенткой Кейт; ей 26 лет, она занимается написанием текстов в рекламном агентстве. Кейт обратилась к психотерапевту, чтобы справиться с депрессией и нервной анорексией. Ее базовая схема — Дефективность/Стыдливость. Кейт написала это письмо к матери, которая была излишне критичной и отвергала пациентку, когда та была ребенком.

Дорогая мама!

Когда я была ребенком, ты не любила меня. Я всегда знала, что была не такой, как тебе хотелось. Я не была красивой и популярной. Я думаю, ты ненавидела меня. И ты всегда злилась, что я выгляжу не так, как тебе хочется, что я не та, какой ты хотела бы меня видеть. Ты всегда критиковала меня. Я чувствовала, что не могу ничего сделать для твоего счастья. Я не могу вспомнить ни одного случая, когда бы мне удалось порадовать тебя.

Я злюсь, чувствую себя обманутой, мне больно. Я ненавижу себя и должна с этим жить, по крайней мере, сейчас. Я надеюсь, что когда-нибудь я избавлюсь от этого. Я ненавижу себя за все то, что становилось предметом твоей ненависти, за свой внешний вид и отсутствие популярности. И мне так грустно. Я испытываю бездонную грусть.

Я бы хотела, чтобы ты любила то хорошее, что есть во мне. Ты заставила меня почувствовать, что во мне нет ничего хорошего, но на самом деле это не так. Я была хорошей девочкой. Я была внимательна к чувствам других людей. Я хотела бы, чтобы ты любила меня и показывала мне это, но ты никогда этого не делала.

Я имела право на принятие с твоей стороны. Я имела право на уважение за то, кем я была. Я имела право быть свободной от твоего постоянного унижения. У меня все еще есть право на все эти вещи, и если ты не можешь дать мне этого, я больше не хочу говорить с тобой ни о чем, что действительно имеет для меня значение.

Я не могу перечислить все те случаи, когда я звонила тебе радостная, чтобы поделиться хорошими новостями, но, повесив трубку после разговора с тобой, чувствовала себя подавленной. Я хочу, чтобы ты прекратила лишать меня почвы под ногами. Я хочу, чтобы ты прекратила ненавидеть меня и злиться на меня. Я хочу, чтобы ты перестала меня унижать. Ты заставляешь меня чувствовать, что я никто, что у меня ничего нет.

Я не думаю, что ты сможешь сделать то, чего я хочу. Во-первых, в половине случаев ты даже не осознаешь, что унижаешь меня. Ты думаешь, что помогаешь мне. Ты думаешь, что делаешь все для меня. Если я отправлю это письмо, ты, вероятно, не поймешь, о чем я говорю. Ты просто разозлишься на меня. Я хочу, чтобы ты поняла, но если бы ты была способна понять, мне бы, наверное, вообще не пришлось писать это письмо.

Твоя дочь,
Кейт

В этом письме обобщены основные составляющие когнитивной и экспериенциальной работы, проделанной Кейт в отношении своей матери до этого момента. В письме Кейт выразила, каким образом мать делала ей больно в детстве. Это утверждает право Кейт на чувство гнева по поводу произошедшего, на его выражение и на ожидание, что мать с этого момента будет вести себя надлежащим образом. Хотя Кейт потом так и не отправила матери письмо, его написание помогло Кейт в борьбе со схемами и в прояснении проблем в отношениях.

Работа в воображении с целью разрушения паттернов

Мы применяем техники работы в воображении также для того, чтобы помочь пациентам преодолеть их копинговые стратегии избегания и гиперкомпенсации и открыть новые способы общения. Пациенты представляют, что поступают здоровым образом, а не оказываются в плену своих привычных копинговых стратегий. Например, пациент со схемой Неуспешности представляет себе то, чего он обычно избегает, — например, попросить своего начальника о повышении зарплаты; или пациентка со схемой Дефективности/Стыдливости представляет, что становится мягкой по отношению к своему супругу, а не занимается гиперкомпенсацией, занимая доминирующую позицию. Работа с воображением помогает этим пациентам противостоять схемам и бороться непосредственно с ними.

Следующий отрывок касается Дэниела, пациента, о котором мы говорили ранее, чей отец был алкоголиком, а мать практиковала жестокое обращение в физическом и сексуальном плане. В этом отрывке он работает с воображаемыми образами с целью разрушения поведенческих паттернов. Долгосрочная терапевтическая цель Дэниела — установить близкие отношения с женщиной. В приведенном фрагменте беседы психотерапевт просит Дэниела закрыть глаза и представить, что он танцует с женщинами. Затем он поручает Дэниелу вести диалог между схемами Недоверия/Ожидания жестокого обращения и Дефективности/Стыдливости, которые заставляют его оставить ситуацию, и его Здоровым взрослым, который поощряет его остаться и управлять ситуацией. Затем д-р Янг инструктирует Дэниела, чтобы тот представил, как продолжает танцевать, преодолевая свое избегание.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Держите глаза закрытыми, я хочу, чтобы вы представили, что вы на танцевальном вечере, где есть одинокие женщины, с которыми вы можете познакомиться. И вы просто входите в комнату. Можете ли вы представить себя в подобной ситуации?

ДЭНИЕЛ: Да. Я на танцах, чувствую себя очень неловко. На самом деле я чувствую, что в любую минуту могу развернуться и направиться прямиком к выходу. Но я заставляю себя оставаться, потому что знаю, что это важно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я хочу, чтобы вы сейчас были той частью себя, которая хочет уйти, и поговорили со мной. Почему вы хотите уйти прямо сейчас?

ДЭНИЕЛ: У меня недостаточно уверенности в себе, чтобы начать разговор, я не уверен, что могу кому-то понравиться в достаточной степени для свидания.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Почему вы им не нравитесь?

ДЭНИЕЛ: Хм, потому что я, знаете ли, просто непривлекательный человек. Я не обаятельный, и я не уверен, что могу дарить любовь. (*Пауза.*)

Дэниел перешел в избегающий режим. Если бы это была настоящая жизнь, а не упражнение по работе над образами, он, вероятно, застрял бы в этом режиме до конца танцев или просто ушел бы. Психотерапевт поощряет Дэниела представить, как он преодолевает свое избегание и знакомится с женщиной.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Попытайтесь представить, как вы подходите к женщинам, даже если вам хочется убежать, потому что считаете, что это будет пустой тратой времени, и вас все равно отвергнут. Попытайтесь представить, что вы идете вперед и приближаетесь к женщинам. Скажите мне, что происходит.

ДЭНИЕЛ (*длительная пауза*): Я подхожу к столу и спрашиваю женщину, могу ли я сесть и поговорить, она отвечает согласием. И мы говорим, говорим о танцах, о музыке.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как идет беседа?

ДЭНИЕЛ: Пока все хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы чувствуете себя комфортно или все еще нервничаете?

ДЭНИЕЛ: Я нервничаю. Я чувствую, что не могу быть собой, я должен пытаться показать себя более интересным, чем я есть на самом деле. И я пытаюсь форсировать разговор, чтобы не было молчания.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы сказать ей об этом, даже если не будете чувствовать себя при этом достаточно хорошо?

ДЭНИЕЛ (*обращаясь к женщине в своем образе*): Мне немного неудобно находиться здесь, потому что это слегка меня пугает. Я долгое время не ходил на танцы и не знаю, что говорить и что делать. Но мне нравится быть здесь, мне нравится сидеть здесь и разговаривать с вами.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Скажите ей, что вы чувствуете невозможность быть собой.

ДЭНИЕЛ: Мне немного некомфортно, потому что я чувствую, что не могу быть собой настоящим, что если я буду настоящим, то не понравлюсь вам.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что она отвечает?

ДЭНИЕЛ (*пауза*): Она говорит мне, что тоже себя так чувствует.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: В отношении себя?

ДЭНИЕЛ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И как вы себя чувствуете, когда она говорит об этом?

ДЭНИЕЛ: Это позволяет мне чувствовать себя немного более расслабленным.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Скажите ей о вещах, которых вы стыдитесь или боитесь, которые не можете проявить с ней.

ДЭНИЕЛ (*обращаясь к женщине в образе*): Мне неудобно говорить об этом, но я хочу эмоционально поддерживать женщину и быть любящим, но не уверен, что смогу, и я боюсь, что вы почувствуете это.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Расскажите ей о своем гневе по отношению к женщинам.

ДЭНИЕЛ: И из-за некоторых событий, произошедших в детстве и связанных с моей матерью, я испытываю сильный гнев по отношению к женщинам.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как она реагирует?

ДЭНИЕЛ (*пауза*): Она говорит мне, что испытывает гнев по отношению к мужчинам из-за некоторых обстоятельств, которые ей пришлось пережить.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы себя чувствуете, когда она говорит об этом?

ДЭНИЕЛ: Немного более расслабленным. Чуть более непринужденно, потому что она честна со мной.

Обратите внимание, что психотерапевт не просит Дэниела репетировать то, что он на самом деле скажет женщине на танцевальном вечере. Скорее, он просит Дэниела бороться со своими схемами и избеганием как копинговой стратегией. Психотерапевт помогает Дэниелу представить, как он подходит к женщинам и говорит с ними более искренне, позволяя себе проявлять уязвимость, вместо того чтобы эмоционально отключаться и уходить в себя, как он это обычно делает, запечатлевая свои схемы Недоверия/Ожидания жестокого обращения и Дефективности/Стыдливости. Предложение о том, чтоб быть более открытым по отношению к женщинам противоречит его схемам, но приводит к лучшему результату. Упражнение помогает Дэниелу создать ту часть себя, которая способна конструктивно вести себя в социальных ситуациях с женщинами. Работа с воображением также помогает Дэниелу увидеть, что его страх перед женщинами необоснован, основан на схемах. Это ослабляет его стыд и, следовательно, избегание.

Озвучив схему Дефективности/Стыдливости Дэниела, психотерапевт переходит к схеме Недоверия/Ожидания жестокого обращения.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можно ли ей доверять? Испытываете ли вы к ней недоверие?

ДЭНИЕЛ: Ну, так как мы пытаемся быть искренними друг с другом, это чувство уменьшается, но оно присутствует.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Будьте той частью себя, которая с подозрением относится к женщине. Я хочу услышать, что говорит эта сторона.

ДЭНИЕЛ (*пауза*): Я боюсь, что ты просто будешь использовать меня. Если мы решим пойти на свидание, ты проведешь со мной один вечер, и больше

я ничего о тебе не услышу, либо же ты отвергнешь меня. Я подозреваю, что, возможно, ты воспользуешься мной, чтобы скоротать время, пока не подцепишь кого-то получше. Я боюсь, что ты собираешься использовать меня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что она говорит?

ДЭНИЕЛ: Она говорит: "Не будь глупым. Ты нравишься мне".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ее слова переубедили вас? Или вы все еще подозреваете ее?

ДЭНИЕЛ: Я чувствую себя немного успокоенным.

Психотерапевт обсуждает с пациентом упражнение.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Почему бы вам не открыть глаза?

ДЭНИЕЛ (*открывает глаза*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы себя чувствовали во время работы?

ДЭНИЕЛ: Я чувствовал, что это хорошее упражнение, что оно помещает меня в социальную ситуацию.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это те чувства, которые, по вашему мнению, возникают в похожих ситуациях и мешают вам установить близкий контакт?

ДЭНИЕЛ: Я думаю, да. А также идея о том, чтобы быть более искренним и не бояться своей уязвимости. Я начал понимать, что это одна из важных вещей, над которыми я должен работать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И вас переполняет столько гнева и страха, что вы предпочитаете не делать этого, потому что беспокоитесь, что вас либо отвергнут, либо используют.

ДЭНИЕЛ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, вместо этого вы предпочитаете спрятаться, защитить себя.

ДЭНИЕЛ: Да.

Еще раз: цель психотерапевта состояла не в том, чтобы Дэниел репетировал свои потенциальные слова в реальной ситуации с женщиной. Скорее, цель состояла в борьбе Дэниела со схемами, чтобы он признал, что созданные схемами страхи нереалистичны.

ПРЕОДОЛЕНИЕ ПРЕПЯТСТВИЙ В ЭКСПЕРИЕНЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ: ИЗБЕГАНИЕ СХЕМ

Большинство пациентов быстро осваивают работу с воображением. Они легко представляют себе четкие образы и ведут диалоги, вступают в контакт на эмоциональном уровне и нуждаются лишь в минимальных подсказках и помощи. Однако некоторое количество пациентов все же нуждается в помощи: их образы расплывчаты, недостаточны или вовсе отсутствуют, либо они эмоционально отстранены от своих образов.

Избегание схемы — основное препятствие для экспериенциальной работы. Работа с воображением может быть болезненной, и многие пациенты действуют автоматически и неосознанно, чтобы избежать боли. Они закрывают глаза и говорят: "Я ничего не вижу", "Я вижу только пустой экран", "Я вижу образ, но он расплывчатый, и я не могу разобрать его". Психотерапевт может использовать несколько стратегий, чтобы преодолеть поведение избегания схемы.

Обоснование необходимости работы с воображением для пациента

Работа с воображением провоцирует сильные болезненные эмоции, и пациенту нужна веская причина, чтобы выдержать это. Когда пациенты избегают экспериенциальной работы, мы сначала должны убедиться, что они достаточно хорошо понимают ее обоснованность. Мы рассказываем пациентам обо всех преимуществах. Мы противопоставляем интеллектуальное понимание эмоциональному и говорим пациентам, что экспериенциальная работа наиболее эффективна для борьбы со схемой на эмоциональном уровне. Мы объясняем, что схемы меняются быстрее, когда пациенты вновь переживают детские ситуации в воображении. Мы говорим им, что до тех пор, пока они не проведут экспериенциальную работу, они будут верить в истинность схемы. Мы акцентируем их внимание на том, что экспериенциальная работа действительно трудна, но получаемая польза ст*о*ит таких затрат.

Подождать и дать разрешение

Следующее задание психотерапевта — ждать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Закройте глаза и позвольте образу из вашего детства всплыть на поверхность вашего разума.

ПАЦИЕНТ: Я пытаюсь, но ничего не вижу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Не переживайте, просто держите глаза закрытыми. Что-то придет. (*Долгая пауза.*)

ПАЦИЕНТ: Я все еще ничего не вижу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ничего страшного. Можем подождать пять минут, если нужно. Посмотрим, что получится. Даже если ничего не приходит, это нормально.

Психотерапевт также может дать пациенту разрешение на создание любого образа.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Не суть важно, какой это образ. Это не обязательно должна быть реалистичная картина. Это может быть просто фантазия. Это могут быть цвета, формы, свет.

Иногда достаточно разрешения психотерапевта и нескольких минут времени, чтобы пациент, наконец, создал образ. Однако если это не сработало, есть другие варианты.

Релаксационные образы с постепенным усилением аффекта

Еще один способ противодействия избеганию схемы — начать с безопасного места или другого релаксационного образа, а затем постепенно вводить в образ элементы, которые являются немного более беспокоящими. Это своего рода постепенная экспозиция, содержащая иерархию персонажей и ситуаций, и психотерапевт вводит все более и более угрожающие их варианты по мере развития воображаемой ситуации.

Например, психотерапевт может начать работу с образа безопасного места, затем включить в образ одного из близких друзей, затем ввести более проблемного партнера, а затем еще более проблемного отца. Для этого психотерапевту может потребоваться несколько сеансов, чтобы полностью проработать с пациентом каждый шаг, прежде чем перейти к следующему.

Медикаментозное лечение

Иногда пациенты слишком подавлены или лабильны, чтобы справиться с работой в воображении: она активирует сильные эмоции, от которых пациенту трудно избавиться после завершения сеанса. Возникающие эмоции пугают их и кажутся им неуправляемыми. Это часто случается с травмированными пациентами. Иногда лекарственные препараты могут помочь справиться с эмоциями, чтобы пациенты могли продолжить работу.

Один из подводных камней состоит в том, что медикаменты могут настолько ослабить эмоции, что пациент просто не сможет выполнять упражнения. Цель приема медикаментов — достичь оптимального уровня возбуждения, при котором пациенты все еще могут испытывать эмоции, но не настолько сильные, чтобы быть неспособными справиться с ними. Если пациенты слишком возбуждены, то могут чувствовать себя полностью подавленными экспериенциальными техниками; если они недостаточно возбуждены, то не могут генерировать достаточно эмоций, чтобы извлечь пользу из этих техник.

Работа с телом

Когда пациенты испытывают трудности с ощущением или выражением своих эмоций, психотерапевт может им помочь, фокусируя их на ощущениях в их теле. Психотерапевт может добавить к чувствам звуки или движения. Например, психотерапевт может поощрить пациентов говорить громче или предложить ударить по подушке, чтобы выразить свой гнев; или психотерапевт может предложить пациентам принять определенные положения, такие как положение плода, открытую или закрытую позу.

Например, в случае Дэниела, когда психотерапевт побуждал его выразить гнев по поводу оскорбительного сексуального поведения матери, пациенту можно было бы посоветовать бить подушку или кушетку кулаком во время воображаемого диалога с ней.

Диалог с отстраненным защитником

Другой вариант для психотерапевта — начать диалог с избегающей частью личности пациента. Мы называем ее режимом Отстраненного защитника, и более подробно

остановимся на ней в главе 8. Однако здесь мы кратко проиллюстрируем эту технику как средство преодоления избегания схемы. Психотерапевт разговаривает напрямую с той частью пациента, которая избегает чувств или выражения эмоций, связанных с образами — с Отстраненным защитником. Пока мы не поговорим напрямую с Отстраненным защитником, мы обычно не знаем, почему пациент проявляет избегание, и поэтому у нас возникают трудности в поиске способа преодоления избегающего поведения. Когда мы говорим с Отстраненным защитником, нам обычно удается выяснить, почему пациент избегает, а затем разработать план по преодолению этого.

Вот пример с Гектором, 41-летним пациентом, которого мы описали ранее, и мать которого страдала от шизофрении в течение его детства. Гектор выполняет упражнение по работе с воображением, в котором он визуализирует свою мать и себя в качестве ребенка. В этом образе его мать сидит рядом с ним в автобусе, громко рассуждая вслух о "предателях". Психотерапевт пытается заставить ребенка выразить гнев по отношению к матери за то, что она смущает его, но Гектор сопротивляется. Психотерапевт начинает диалог с Отстраненным защитником.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Маленький Гектор разгневан и хочет выразить это. Почему вы не позволяете ему выразить свой гнев? Будьте той частью себя, которая хочет остановить его от проявления гнева.

ГЕКТОР (*как Отстраненный защитник*): "Хорошо, что может сделать маленький Гектор, если он чувствует это? В любом случае он ничего не может сделать, так какая разница, что он чувствует?"

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, ценность в том, что теперь мы здесь для того, чтобы помочь ему, мы можем защитить его, выражение гнева для него безопасно. Он имеет право испытывать гнев.

ГЕКТОР: Что если он выйдет из-под контроля? Что делать, если он выйдет из-под контроля и причинит кому-то боль?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Он делал это когда-либо? Он когда-нибудь выходил из-под контроля и причинял кому-то боль?

ГЕКТОР: Нет. Никогда. Максимум кричал на кого-то.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как насчет того, чтобы попробовать провести эксперимент? Как насчет того, чтобы попытаться позволить ему выразить немного гнева и посмотреть, что будет происходить? Посмотрим, почувствует ли он себя лучше.

ГЕКТОР (*пауза*): Хорошо.

До тех пор, пока мы не поймем, почему вмешался режим Отстраненного защитника, мы не знаем, как реагировать. Как только мы даем Отстраненному защитнику право высказаться, мы можем понять, почему пациент не может чувствовать или выражать эмоции. После этого мы сможем обсуждать и договариваться с Отстраненным защитником.

Мы еще обсудим этот вид работы с режимами далее. Однако этот пример показывает, каким образом работа с режимами может стать полезной. Взяв избегающую

копинговую стратегию и обратив ее в режим, мы даем ему право голоса и тогда можем говорить с ним и вести переговоры.

Если после всего этого пациенты по-прежнему настаивают на том, что не могут выполнять работу с воображением, попробуем последнюю технику. Мы говорим пациентам, что подавляющее большинство пациентов, которые утверждают, что не могут актуализировать образы в воображении, на самом деле способны сделать это. Затем мы просим их провести эксперимент: смотреть на психотерапевта около минуты, а потом закрыть глаза и попытаться воссоздать его образ. Почти все пациенты говорят, что могут увидеть психотерапевта. Этот эксперимент показывает, что большинство пациентов способны видеть образы. Просто пациенту мешает его режим Отстраненного защитника.

ИТОГИ

Экспериенциальные техники помогают психотерапевту и пациенту сначала выявить схемы, а затем бороться с ними на эмоциональном уровне.

Цель экспериенциальных техник на этапе оценки состоит в том, чтобы выявить базовые схемы пациента, понять источники их происхождения в детстве и связать их с существующей проблемой. Мы описали, как проводить сессию по работе с воображением, переходя от образа безопасного места к тревожащим образам из детства пациента, а затем к образам его текущих жизненных проблем.

На этапе изменения психотерапевт применяет экспериенциальные стратегии вслед за когнитивными стратегиями. Цель состоит в том, чтобы помочь пациентам дополнить рациональное понимание их схем пониманием на уровне эмоций. Многие экспериенциальные техники на этапе изменения представляют собой упрощенный вариант работы с режимами, в которой используются воображаемые диалоги с тремя главными персонажами: Уязвимым ребенком, Дисфункциональным родителем и Здоровым взрослым. Психотерапевт привносит Здорового взрослого в образы из детства пациента, чтобы позаботиться об Уязвимом ребенке. Цель состоит в том, чтобы пациент развил режим Здорового взрослого, смоделированный психотерапевтом. Мы также обсудили другие экспериенциальные техники на этапе изменения, такие как письмо родителю и работа с воображением с целью разрушения поведенческих паттернов.

Наконец, мы обсудили преодоление препятствий в экспериенциальной работе — в первую очередь, избегание схемы. Предлагаемые нами решения включали обоснование необходимости работы с воображением, предоставление пациентам времени и разрешения на создание образа, использование релаксационных образов с постепенным усилением аффекта, медикаментозное лечение, работу с телом и ведение диалога с режимом Отстраненного защитника.

В следующей главе мы опишем поведенческую составляющую схема-терапии — то, что мы называем разрушением поведенческого паттерна.

Глава 5

РАЗРУШЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ

На этапе разрушения поведенческих паттернов пациенты стараются заменить свои модели поведения, продиктованные схемами, более здоровыми копинговыми стратегиями. Разрушение поведенческих паттернов является самой длительной и, в некотором смысле, наиболее важной частью схема-терапии, без которой высока вероятность рецидива. Даже если пациенты имеют представление о своих ранних дезадаптивных схемах и даже если они выполнили когнитивную работу и экспериенциальные упражнения, их схемы будут возвращаться вновь и вновь, если пациенты не изменят свои поведенческие паттерны. Достигнутый ими прогресс сойдет на нет, и в конечном итоге они опять окажутся под влиянием своих схем. Для того чтобы пациенты достигли целей курса лечения и сохранили их, крайне важно, чтобы они изменили свои поведенческие паттерны.

Из четырех основных составляющих процесса изменения в схема-терапии психотерапевт обращается к разрушению поведенческих паттернов в последнюю очередь. Если пациент не продвинулся в достаточной мере в когнитивных и экспериенциальных техниках, он вряд ли достигнет долгосрочных изменений в поведении, управляемом схемой. Вся предшествующая терапия способствует подготовке пациента к работе над изменением поведения. Она психологически дистанцирует пациента от схемы, помогая рассматривать ее как самозванца, а не как глубинное убеждение о себе. Когнитивные техники и экспериенциальные техники усиливают здоровую часть личности пациента, в частности его способность бороться со схемами. С началом поведенческого этапа лечения они помогают пациенту преодолеть препятствия на пути изменения его паттернов поведения.

Таким образом, поведенческие техники включают в себя различные стратегии схема-терапии, такие как копинг-карточки, работа с воображением и диалоги в воображении. Там, где это уместно, психотерапевт должен использовать традиционные поведенческие техники, такие как релаксационный тренинг, тренинг ассертивности, управление гневом, стратегии самоконтроля (самомониторинг, постановка целей, самоподкрепление) и постепенная экспозиция устрашающим ситуациям. (Мы предполагаем, что читатели знакомы с этими стандартными техниками поведенческой терапии, поэтому не будем подробно останавливаться на них в данной книге.)

КОПИНГОВЫЕ СТРАТЕГИИ

Целью разрушения поведенческих паттернов является разрешение проблемы копинговых стратегий: поведение, которое следует изменить, — это действия, которые пациенты совершают для капитуляции, избегания или гиперкомпенсации в отношении своих ранних дезадаптивных схем. Это саморазрушительное поведение, которое пациенты применяют для совладания с ситуацией при срабатывании схемы — например, необоснованная ревность пациента со схемой Покинутости/Нестабильности, самоуничижительные комментарии пациента со схемой Дефективности/Стыдливости, поиск советов со стороны пациентом со схемой Зависимости/Беспомощности, безусловное послушание пациента со схемой Покорности; фобическое избегание у пациента со схемой Уязвимости. Подобное капитулирующее, избегающее или гиперкомпенсирующее поведение в конечном счете служит подкреплению схемы. Пациенты должны изменить свои копинговые стратегии, чтобы излечить схемы и, таким образом, решить проблемы, которые привели их в кабинет психотерапевта.

Пример из практики

К схема-терапевту обратилась молодая женщина по имени Айви. Она чувствует себя разочарованной и несчастной во многих сферах своей жизни. Паттерн один и тот же: в семье, в личной жизни, на работе, с друзьями она заботится обо всех, практически ничего не требуя для себя. Как говорит сама Айви: "Я обо всех забочусь, но никто не забоится обо мне". Она подавлена, измотана и обижена. На этапе оценки схемы Айви и психотерапевт приходят к выводу, что у нее присутствует схема Самопожертвования. Ее основная копинговая стратегия, с помощью которой она справляется со схемой, — капитуляция. Она заботится о других, но не позволяет другим заботиться о себе.

Время от времени Айви приглашает своего лучшего друга Адама на ужин. Их ужины всегда проходят однотипно: Адам спрашивает Айви о ее жизни, а Айви дает короткие положительные ответы, говоря, что "все хорошо", а затем расспрашивает Адама о его жизни. Адам отвечает, поднимая какую-нибудь тревожащую его проблему, и они проводят остаток ужина за ее обсуждением. Почему Айви не делится с другом чем-то важным для нее? Ответ заключается в том, что вопросы друга запускают ее схему Самопожертвования. Айви испытывает вину, когда говорит о себе; она считает, что это эгоистично. Она борется с запуском своей схемы, отвечая короткими общими фразами и переключая внимание Адама на его собственную жизнь. После встречи Айви испытывает чувство Эмоциональной депривированности (почти все пациенты со схемами Самопожертвования также обладают схемой Эмоциональной депривированности).

На поведенческом этапе лечения Айви решает восстановить баланс в своих отношениях с людьми. Она решает начать со своих отношений с Адамом. Чтобы подготовить ее, психотерапевт просит пациентку закрыть глаза и представить образ того, как она ужинает с Адамом и рассказывает ему о своей жизни. Войдя в этот образ, Айви проводит диалог в воображении между своей схемой Самопожертвования, которая

приказывает ей переключить внимание на Адама, и здоровой стороной своей личности, которая хочет поделиться с другом собственными проблемами. Затем, перемещаясь между стульями, которые отображают схема-сторону и здоровую сторону своей личности, Айви начинает сердиться на схему, отстаивая свое право получать заботу от других. В своем воображении она связывает нынешнюю ситуацию со своим детством и со своей хрупкой, нуждающейся в заботе матерью. Она говорит матери: "Забота о тебе стоила мне слишком дорого. Она стоила мне ощущения собственной личности".

Затем в своем воображении она представляет себе, как делится проблемой с Адамом, устраняя все возникающие препятствия.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так что вы хотите сказать Адаму?

АЙВИ: Я хочу рассказать ему, каково это, когда твоя мать болеет и очень сильно нуждается в моей помощи и заботе.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, можете представить, как рассказываете ему об этом? О своей матери, которая болеет, и о ваших чувствах по этому поводу?

АЙВИ: Я хочу рассказать ему, но мне страшно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что говорит испуганная сторона?

АЙВИ: "Так не должно быть. Адам не обязан заботиться обо мне. Наоборот, я должна заботиться о нем".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что может случиться, если вы позволите Адаму заботиться о вас?

АЙВИ: Боюсь, что я перестану ему нравиться.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Боитесь ли вы чего-нибудь еще?

АЙВИ: Я боюсь, что начну плакать или что-то в этом роде.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А что в этом такого плохого?

АЙВИ: Мне было бы очень стыдно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это говорит ваша схема Самопожертвования: "Ты не должна никому позволять заботиться о себе. Людям не понравится, если ты покажешь свою уязвимость. Ты не должна плакать". Что говорит по этому поводу здоровая сторона вашей личности? Не могли бы вы ответить за нее в вашем образе?

АЙВИ: Здоровая сторона говорит: "Это нормально, если я разрешу друзьям заботиться обо мне. Я все равно буду им нравиться. С близким другом можно позволить себе поплакать".

Наконец, в качестве поведенческого домашнего задания Айви репетирует более развернутые ответы своему другу на вопросы о ее жизни. В следующий раз, когда они встречаются за ужином, она рассказывает ему о своем парне. Адам внимательно выслушивает и поддерживает ее, что противоречит схеме Самопожертвования (и Эмоциональной депривированности) Айви.

Дезадаптивные копинговые стратегии, связанные с конкретными схемами

Каждая схема связана с определенными паттернами дисфункционального поведения, которые проявляются в отношении пациента к его партнерам и к значимым другим из окружения пациента (включая психотерапевта). В табл. 5.1 приведены примеры копинговых стратегий, относящихся к каждой схеме.

Как показано в табл. 5.1, нарушение поведенческих паттернов относится не только к тому, каким образом человек ведет себя в конкретной ситуации, но и к типам ситуаций, которые он обычно выбирает: с кем вступить в брак, какую профессию освоить, какой круг друзей выбрать. Разрушение поведенческих паттернов включает в себя не только поведение в повседневной жизни, но и масштабные, важные решения. Пациенты поддерживают свои ранние дезадаптивные схемы, принимая важные решения, которые их подкрепляют.

Пациенты зачастую могут изменять отдельные паттерны поведения, специфичные для конкретных ситуаций, с помощью стандартных когнитивно-поведенческих техник, но устойчивые модели поведения, основанные на ранних дезадаптивных схемах, требуют интегративного подхода. Тренинг ассертивности может помочь пациенту, который испытывает трудности в установлении границ в отношениях со своей девушкой, однако такого тренинга, вероятно, будет недостаточно, чтобы изменить общий паттерн Покорности значимым другим по жизни. Пациенты подчиняются, потому что боятся наказания, оставления или критики, и они должны работать над этими основными проблемами, чтобы преодолеть паттерн. Схемы, связанные с этими основными проблемами, — Пунитивности, Покинутости/Нестабильности, Дефективности/Стыдливости, — блокируют прогресс. Если у пациента присутствует схема Недоверия/Ожидания жестокого обращения, он будет бояться, что девушка начнет ругать его, если он заявит о своих потребностях. Если у пациента присутствует схема Покинутости/Нестабильности, он будет бояться, что девушка бросит его, если он заявит о своих потребностях. Если у пациента присутствует схема Дефективности/Стыдливости, он будет чувствовать, что вообще не имеет права быть ассертивным в общении со своей подругой и отстаивать свои интересы, даже если он знает, какие шаги необходимо сделать для этого. Тренинг навыков обычно не является основной интервенцией. Схема имеет когнитивные и эмоциональные аспекты, на которые и должна быть направлена терапия в первую очередь.

Пациентам часто бывает легче изменить свои когниции и эмоции, чем сломать привычные паттерны поведения. Поэтому психотерапевт должен быть терпеливым, но настойчивым в применении поведенческих техник, активно используя принцип эмпатической конфронтации. Психотерапевт выражает эмпатию по поводу того, как трудно изменить глубоко укоренившиеся модели поведения, однако в то же время подчеркивает необходимость их изменения.

ТАБЛИЦА 5.1. Примеры копинговых стратегий, связанных с конкретными схемами

Схема	*Капитуляция*	*Избегание*	*Гиперкомпенсация*
Покинутости/ Нестабильности	Выбирает партнеров и значимых других, которые недоступны или непредсказуемы	Избегает близких отношений из-за страха быть оставленным	Отталкивает партнеров и значимых других, при этом проявляя контролирующее или собственническое поведение
Недоверия/Ожидания жестокого поведения	Выбирает ненадежных партнеров и значимых других; бдителен и подозрителен по отношению к людям	Избегает близких отношений в личной и деловой жизни; не доверяет или закрывается	Плохо обращается с людьми или эксплуатирует их; чрезвычайно недоверчив
Эмоциональной депривированности	Выбирает эмоционально холодных, отстраненных партнеров и значимых других; не принимает эмоциональную отдачу людей	В общении ведет себя отстраненно; избегает общества других людей и установления близких отношений	Предъявляет к другим людям нереалистичные требования и хочет, чтобы они удовлетворяли все его потребности
Дефективности/ Стыдливости	Выбирает критикующих партнеров и значимых других; унижает себя	Избегает того, чтобы делиться "недостойными" мыслями и чувствами с партнерами и значимыми другими вследствие боязни получить отказ	Критикует или демонстрирует превосходство по отношению к людям; пытается казаться идеальным
Социальной отчужденности	Становится частью социальной группы, но остается на периферии; не вливается в группу в полной мере	Избегает общения; большую часть времени проводит в одиночестве	Играет в группе роль "своего парня", но чувствует себя "не таким, как все" и отчужденным
Зависимости/ Беспомощности	Постоянно просит о помощи; во всем советуется с другими; выбирает партнеров со склонностью к гиперопеке, которые все делают для нее/него	Откладывает принятие решений; избегает самостоятельных действий или выполнения обязанностей	Проявляет чрезмерную уверенность в себе, даже когда обращение за помощью было бы нормальным и здоровым решением
Уязвимости	Постоянно беспокоится, что его постигнет катастрофа; постоянно просит его успокоить и заверить, что ничего плохого не случится	Фобически избегает "опасных" ситуаций	Использует "магическое мышление" и компульсивные ритуалы; ведет себя безрассудно и даже опасно

Схема	**Капитуляция**	**Избегание**	**Гиперкомпенсация**
Запутанности/ Неразвитой идентичности	Имитирует поведение значимого другого, поддерживает тесную связь с этим значимым другим, не развивает в себе самостоятельную личность с уникальными предпочтениями	Избегает отношений с людьми, которые делают акцент на индивидуальности, а не на слиянии с другими	Чрезмерно автономен
Неуспешности/ Обреченности на неудачу	Саботирует работу, выполняя ее на уровне ниже своих способностей; несправедливо сравнивает свои достижения с достижениями других, предвзят по отношению к себе	Откладывает выполнение рабочих задач; избегает постановки карьерных целей, соответствующих его уровню способностей	Преуменьшает достижения людей; пытается соответствовать завышенным стандартам, чтобы компенсировать ощущение собственной неудачливости
Привилегированности/ Грандиозности	Имеет неравные или лишенные проявлений заботы отношения с партнерами и значимыми другими; ведет себя эгоистично; игнорирует потребности и чувства людей; своим поведением старается продемонстрировать превосходство над окружающими	Избегает ситуаций, в которых не может преуспеть или проявить себя	Делает экстравагантные подарки или благотворительные взносы, чтобы компенсировать эгоистичное поведение
Недостаточности самоконтроля	"Спустя рукава" выполняет скучные или неудобные задания; теряет контроль над эмоциями; лишен чувства меры в еде и выпивке, играет в азартные игры или употребляет наркотики	Не работает или бросает учебу; не ставит долгосрочных карьерных целей	Прилагает непродолжительные интенсивные усилия для завершения дела или для обеспечения чрезмерного самоконтроля
Покорности	Выбирает доминирующих, контролирующих партнеров и значимых других; выполняет их пожелания	Избегает отношений в целом; избегает ситуаций, в которых его желания отличаются от желаний других	Ведет себя пассивно-агрессивно или провоцирующе

Окончание табл. 5.1

Схема	***Капитуляция***	***Избегание***	***Гиперкомпенсация***
Самопожертвования	Занимается самоотречением; делает слишком много для других людей и недостаточно для себя	Избегает близких отношений	Злится на значимых других за то, что те не отвечают взаимностью или не демонстрируют признательность; принимает решение ничего больше не делать для людей
Поиска одобрения	Привлекает внимание к своим достижениям, связанным со статусом	Избегает отношений с людьми, которыми восхищается, из-за страха не получить их одобрения	Действует вопиющим образом, чтобы получить одобрение людей, которыми восхищается
Негативизма/ Пессимизма	Минимизирует позитивные события, преувеличивает негативные; ожидает худшего и готовится к нему	Не надеется на слишком многое; ожидания на низком уровне	Демонстрирует не соответствующий действительности уровень оптимизма и позитивного отношения к событиям — в стиле Поллианны[1] (встречается редко)
Подавления эмоций	Признает превосходство здравого смысла и порядка над эмоциями; ведет себя очень контролируемо, уравновешенно; не проявляет спонтанных эмоций или поведения	Избегает действий, связанных с эмоциональным самовыражением (например, выражение любви или проявление страха) или требующих спонтанности (например, танцы)	Действует импульсивно и несдержанно (иногда под воздействием раскрепощающих веществ, таких как алкоголь)
Жестких стандартов/ Придирчивости	Пытается выполнять работу идеально; устанавливает высокие стандарты для себя и для других	Избегает начинать работу над заданиями; прокрастинирует	Отбрасывает высокие стандарты и соглашается на выполнение стандартов ниже среднего уровня
Пунитивности	Действует чрезмерно карательно или резко со значимыми другими	Избегает ситуаций, связанных с оценкой их действий, чтобы избежать страха наказания	Внешне ведет себя всепрощающе, оставаясь при этом злым и наказывающим

[1] Героиня одноименного романа Э. Портер, олицетворение оптимизма и готовности с радостью принимать все происходящие события, даже негативные. — *Примеч. ред.*

ГОТОВНОСТЬ К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ

Как психотерапевту определить, когда пора направить усилия на разрушение поведенческих паттернов? Ответ: когда пациент успешно освоил когнитивные и экспериенциальные части терапии. Если пациент способен замечать свои ранние дезадаптивные схемы при их запуске, понимать источники происхождения схем в детстве и вести с ними диалог, раз за разом опровергая их; если пациент научился использовать свои здоровые стороны (как на когнитивном, так и на эмоциональном уровнях), то он, вероятно, готов начать разрушение своих поведенческих паттернов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАТТЕРНОВ ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ ИЗМЕНИТЬ

Первым шагом для психотерапевта и пациента является разработка широкого списка специфических паттернов поведения, которые могут служить потенциальными целями для изменения. Психотерапевт и пациент могут обратиться к разным источникам информации для составления такого списка: концептуализация случая, разработанная на этапе оценки; подробные описания проблемного поведения; образы проблемных ситуаций; терапевтические отношения; отношения со значимыми другими; схемные опросники.

Уточненная концептуализация случая

Психотерапевт и пациент могут начать с уточнения концептуализации случая, разработанной ими на этапе оценки, с подробным описанием копинговых стратегий со схемой — капитуляции, избегания и гиперкомпенсации. Работая с этими копинговыми стратегиями, они могут начать разрабатывать список конкретных моделей поведения или жизненных обстоятельств, которые необходимо изменить. Для психотерапевта важно охватить каждую из основных жизненных сфер пациента по отдельности — близкие отношения, работа, социальная активность, — поскольку у пациента могут быть различные схемы и копинговые стратегии, связанные с этими сферами. Например, пациент со схемой Эмоциональной депривированности может быть теплым и заботливым с близкими друзьями, но холодным и отчужденным со своими романтическими партнерами; пациент со схемой Покорности может быть пассивным с авторитетными фигурами, но доминирующим и контролирующим с младшими братьями и сестрами или со своими детьми; или же у пациента может иметься схема Дефективности/Стыдливости, которая активируется при встрече с незнакомцами в социальной ситуации, но не при встрече один на один со значимыми другими.

Подробное описание проблемного паттерна поведения

Возможно, наиболее важным шагом для психотерапевта в выявлении саморазрушительных поведенческих паттернов является разработка подробных описаний

проблемных ситуаций в жизни пациента. Когда пациент сообщает о ситуации, которая постоянно становится триггером схемы, психотерапевт помогает пациенту выявить конкретный проблемный паттерн поведения, задавая ему вопросы. Цель — получить подробное описание произошедшего. Иногда психотерапевт сталкивается с трудностями на данном этапе. Часть процесса подкрепления схемы состоит в том, что пациент искажает случившееся, чтобы оно соответствовало схеме, и игнорирует противоречивые данные. Психотерапевт должен помочь пациенту преодолеть свое внутреннее сопротивление и объективно вспомнить, что на самом деле произошло, отбросив эмоциональность и искажения, привнесенные схемой.

Пример из практики

Придя на очередной сеанс психотерапии, молодая пациентка по имени Дафна сообщает, что накануне вечером она поссорилась с мужем. У Дафны присутствует схема Покинутости/Нестабильности, которая сформировалась в детстве, в результате жизни в семье, наполненной раздорами. Ее родители ругались почти каждый вечер и часто угрожали друг другу разводом. Дафна помнит, как они кричали друг на друга, а она чувствовала себя беспомощной, потому что не могла их остановить, и пряталась в шкафу, закрывая уши руками. Сейчас она замужем за Марком. Он работает врачом и часто приходит домой полностью вымотанным. Его возвращение домой практически ежедневно провоцирует ссоры.

Дафна рассказывает историю вчерашней ссоры:

ДАФНА: Мы с Марком снова поругались вчера вечером.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что спровоцировало ссору?

ДАФНА: О, все как всегда. Он пришел домой очень поздно. Я не знаю (*качает головой*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: С чего началась ссора?

ДАФНА: С того же, что и всегда. Это не имеет значения. Мы только и делаем, что спорим. Наверное, нам лучше развестись.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Дафна, я вижу, что вы потеряли надежду, но нам все еще важно понять, что произошло. Вспомните начало ссоры. Как она началась?

ДАФНА: У меня был очень тяжелый день. Я не могла закончить ни одного начатого дела по работе. Наш ребенок целый день плакал. Марк снова вернулся домой поздно, и я сорвалась на него.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что именно вы сказали?

ДАФНА: Я сказала ему, что не могу зарабатывать для нас деньги, будучи фрилансером, потому что мне приходится целый день заботиться о кричащем ребенке. Как я должна работать? Когда ребенок просыпается, я должна заботиться о нем, а когда он спит, я такая уставшая, что мне тоже приходится спать. Ну правда же, Марк имеет возможность уйти из дома на целый день, а я безвылазно застряла здесь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что сказал Марк?

ДАФНА: Он сказал, что не его вина в том, что ребенок плакал, и что он тоже много работает.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что происходило дальше?

ДАФНА: Я сказала ему: “Ты постоянно оставляешь нас одних. Ты плохой муж и отец”.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы чувствовали себя в тот момент?

ДАФНА: Я была вне себя от ярости. Я очень разозлилась и испугалась. Мне стало страшно, а вдруг он и правда не заботится обо мне и о ребенке, вдруг он может бросить нас навсегда.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А что насчет Марка? Как вы думаете, что он чувствовал?

ДАФНА: В тот момент я думала, что ему все равно, потому что он вышел из комнаты. Позже он сказал мне, что мое обвинение в том, что он плохой муж и отец, задело его за живое.

Анализируя подробности ссоры с мужем, Дафна и ее психотерапевт могут определить проблемные паттерны поведения. Опоздание Марка запускает ее схему Покинутости/Нестабильности, и она начинает паниковать и злиться. Когда он, наконец, возвращается домой, то вместо того чтобы выразить свою уязвимость и страх, Дафна набрасывается на него с упреками, пытаясь задеть побольнее. Реагируя на свою схему поведением гиперкомпенсации, Дафна подкрепляет ее. В конечном итоге она еще сильнее боится, что Марк ее бросит, потому что в семье создалась точно такая же атмосфера нестабильности, которая пугала ее в детстве.

Воображение событий-триггеров

Если пациентам трудно вспомнить детали проблемной ситуации, психотерапевт может помочь им использовать техники визуализации для ее воспроизведения. Психотерапевт просит их закрыть глаза и представить ситуацию. Психотерапевт задает вопросы о том, что происходит в воображении, предлагая пациентам вспомнить детали их поведения. Психотерапевт говорит: “О чем вы думаете? Что вы чувствуете? Что бы вы хотели сделать? Что будете делать дальше?” С помощью воображения пациенты часто могут получить доступ к своим мыслям, чувствам и действиям, которые ранее были недоступны.

Пример из практики

Генри — студент престижного колледжа. Его проблема состоит в том, что он постоянно откладывает выполнение заданий на потом и из-за этого получает более низкие оценки, чем мог бы.

Генри — единственный ребенок в семье активно работающих родителей, которые ценят достижения превыше всего. Он был круглым отличником в старшей школе — впрочем, этого он достиг, не прилагая особых усилий. Он также успешно занимался спортом в старших классах, но на первом курсе колледжа понял, что недостаточно

талантлив, чтобы сделать карьеру в профессиональном спорте. “Я чувствовал себя неудачником, — сказал он, — но утешал себя тем, что мне гарантированы академические успехи”. Генри ожидал, что успешная учеба заменит его занятия спортом в качестве основного источника высокой самооценки. Но после того как он забросил домашние задания, его оценки стали весьма посредственными.

На этапе оценки Генри выявил базовые схемы, которые мешали его учебе: Жестких стандартов/Придирчивости и Недостаточности самоконтроля. После борьбы с этими схемами с помощью когнитивных и экспериенциальных стратегий психотерапевт и Генри приступили к разрушению поведенческих паттернов. В следующем фрагменте беседы психотерапевт использует работу с воображением, чтобы помочь Генри определить его паттерны поведения, которые он демонстрирует, когда откладывает выполнение домашних заданий на потом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хотите выполнить упражнение, которое поможет вам точно определить проблему?

ГЕНРИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, тогда закройте глаза и представьте, как вы садитесь за работу вчера вечером.

ГЕНРИ: Хорошо (*закрывает глаза*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы видите?

ГЕНРИ: Я в своей комнате. Здесь беспорядок, повсюду валяются бумаги. Передо мной книги, а сбоку компьютер (*пауза*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что происходит, когда вы начинаете думать о выполнении своей работы?

ГЕНРИ: Ну, уже поздно. Я весь день говорил себе, что смогу поработать позже. У меня есть домашнее задание, реферат, который пора уже сдавать, но я еще даже не начинал его писать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: О чем вы думаете?

ГЕНРИ: Я не хочу делать это задание. Я нервничаю и не могу сосредоточиться. Я не знаю, с чего начать. От одной мысли об этом у меня начинает болеть живот. Я бы лучше поиграл в компьютерные игры. Собственно, этим я и занимаюсь в итоге.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что происходит дальше?

ГЕНРИ: Я какое-то время играю на компьютере, а потом слушаю музыку. К тому времени становится совсем поздно, а к домашнему заданию я так и не приступил.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы чувствуете?

ГЕНРИ: Я встревожен и подавлен. Чем сильнее я волнуюсь, тем сложнее мне сосредоточиться.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: О чем вы думаете?

ГЕНРИ: Уже слишком поздно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Слишком поздно, чтобы написать реферат?

ГЕНРИ: Нет, уже слишком поздно, чтобы получить высокую оценку за семестр. Я мог бы получить "отлично", если бы вовремя выполнял домашние задания. А теперь какой смысл это делать? Я все равно уже провалил семестр.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что же вы делаете?

ГЕНРИ: Я поставил будильник на четыре часа утра, думая, что встану и напишу реферат. На следующий день я проспал и будильник, и занятия.

Генри применяет избегающие стратегии поведения, такие как отвлечение, чтобы справиться с растущей тревогой. Обратите внимание: изучая поведение Генри, психотерапевт также получает информацию о его когнициях и эмоциях. Чем ярче воспоминание об образе, тем отчетливее пациент может вспомнить свои конкретные действия.

Терапевтические отношения

Поведение пациента в рамках терапевтических отношений является еще одним источником информации о тех его паттернах поведения, которые требуют изменения, особенно в сфере отношений со значимыми другими. Этот источник информации особенно ценен, поскольку психотерапевт имеет возможность непосредственно наблюдать за поведением пациента, воспринимая тонкости, которые могут быть утеряны, если пациент просто рассказывает ему о своих отношениях с людьми вне сеансов психотерапии.

Психотерапевт может наблюдать за схемами пациента, а также за его копинговыми стратегиями. Каждый набор схем и копинговых стратегий проявляется по-своему. Например, молодая пациентка демонстрирует схему Эмоциональной депривированности и использует копинговую стратегию избегания, покидая сеансы психотерапии раньше времени их фактического окончания. Не желая признавать тот факт, что у психотерапевта есть и другие пациенты, помимо нее, она покидает сеанс еще до того, как следующий пациент зайдет в комнату ожидания.

Молодой пациент проявляет схему Дефективности/Стыдливости и копинговую стратегию гиперкомпенсации, постоянно поправляя манеру речи психотерапевта. Молодая пациентка проявляет схему Запутанности/Неразвитой идентичности и копинговую стратегию капитуляции, копируя стиль одежды психотерапевта. (В главе 6 мы подробно остановимся на проявлениях схем и копинговых стратегий в терапевтических отношениях.)

Пример из практики

Случай Алисии иллюстрирует, каким образом схемы и копинговые стратегии могут проявляться в терапевтических отношениях, и как они могут препятствовать терапии. Алисия выросла в семье, где строго следили за соблюдением моральных стандартов. Мать говорила ей, что люди по своей природе злые и слабые, и чтобы быть добрым, нужно непрестанно следить за своим поведением. Оставить семью без поддержки во времена нужды считалось наихудшим преступлением. Алисия была послушной и

ответственной, пыталась исполнить все желания матери. "Я хотела угодить ей, но мне никогда это не удавалось", — говорит она. Ее отец был алкоголиком, и мать убедила девочку, что это именно ее обязанность — помогать ему сохранять самообладание и оставаться трезвым. Алисия старалась вести себя хорошо, чтобы не расстраивать своего отца и "не заставлять его пить". Она выливала остатки виски из его бутылок, умоляла его не ходить в бары по ночам и укладывала спать, когда он напивался в стельку.

Основными для Алисии были схемы Дефективности/Стыдливости и Пунитивности. Она не могла простить себя за "неподобающие" порывы и желания. У нее также присутствовали схемы Эмоциональной депривированности (вследствие атмосферы эмоциональной холодности в семье), Самопожертвования (вследствие требования матери, чтобы она удовлетворяла потребности остальных членов семьи, особенно отца) и Жестких стандартов/Придирчивости (вследствие невозможности быть "достаточно хорошей", чтобы угодить матери). Став взрослой, Алисия делала все, чтобы закреплять свои схемы. Она выбирала проблемных партнеров и друзей. Выбирала себе парней, которые все как на подбор были наркоманами. Оставалась в этих отношениях, потому что чувствовала, что это ее моральное обязательство — быть рядом и помогать тем, кто нуждается в заботе. Ее мать всегда говорила, что нельзя оставлять близких в трудную минуту. Кроме того, как и в случае с отцом, Алисия чувствовала, что она сама виновата в том, что парни злоупотребляли наркотиками, — как будто это ей не удалось уберечь их от пагубной привычки.

Помимо других терапевтических целей, Алисия хотела похудеть. На сеансах она начала сообщать психотерапевту, сколько съела на прошлой неделе. Сначала казалось, что Алисия хочет привлечь внимание к своим усилиям, направленным на снижение веса, и психотерапевт пытался удовлетворить эту ее потребность (в надежде тем самым противостоять схеме Эмоциональной депривированности). Однако вскоре стало понятно, что Алисия решила, будто психотерапевт осуждает ее за излишний вес. Запустились ее схемы Дефективности/Стыдливости и Пунитивности. Рассказывая о своем рационе, Алисия фактически признавалась психотерапевту в своем "плохом" поведении, как делала это с матерью в детстве. Осознав этот факт, Алисия расплакалась и сказала, что подумывает бросить психотерапию. Потеря веса не была ее целью, это была цель ее матери. Алисия полагала, что если она не сделает того, о чем просит мать, то будет плохим человеком. Снижение веса было обещанием, данным матери, которое она *должна была* сдержать. Однако другая ее сторона — Уязвимый ребенок — чувствовала, что еда — это единственное доступное ей удовольствие, и не могла себя ограничить. (Еда была формой гиперкомпенсации для ее схем Эмоциональной депривированности и Самопожертвования.) Сообщив о своем переедании психотерапевту, Алисия мысленно превратила его в еще одного "наказывающего" персонажа, и она чувствовала, что ей нужно постоянно трудиться, чтобы угодить ему.

Психотерапевт помог Алисии выявить другие области ее жизни, в отношении которых она каялась за свое "плохое", исходя из предположения, что другой человек оценивает ее негативно. Изменение этого паттерна стало одной из ее основных поведенческих целей в этом курсе психотерапии.

Отчеты значимых других

Иногда, чтобы идентифицировать проблемные паттерны поведения своих пациентов, психотерапевт не полагается исключительно на их самоотчеты. В самостоятельных наблюдениях пациентов обязательно будут недочеты и пробелы, и особенно это верно в случае гиперкомпенсации схем. Например, "нарциссы" известны тем, что плохо следят за своим поведением и за тем, как оно влияет на окружающих. Беседы с партнерами, членами семьи и друзьями пациента могут предоставить дополнительную информацию. Когда психотерапевту удается встретиться со значимыми другими из жизни пациента, они часто могут предоставить ту информацию, которую сам пациент просто не способен дать. Психотерапевт исследует точки зрения значимых других и просит привести их примеры, которые проливают свет на дезадаптивные модели поведения пациента. Если психотерапевт не может встретиться со значимыми другими, пациент может попросить их предоставить ту или иную информацию, а затем обсудить их ответы на сеансе психотерапии.

Внимательное изучение истории взаимоотношений пациента с его значимыми другими также может предоставить ценную информацию. Психотерапевт сосредоточивается на проблемном поведении. Какие схемы были запущены в этих отношениях? Как пациент справлялся с ними? Что именно сделал пациент? Какое саморазрушительное поведение подкрепляло схемы?

Пример из практики

Моника приходит на сеанс, жалуясь, что ее муж, Лоренс, не хочет заниматься с ней сексом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы думаете, почему он не хочет заниматься с вами сексом?

МОНИКА: Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Есть какие-нибудь предположения?

МОНИКА: Я не знаю. Он просто не из тех людей, которым нужен секс.

Моника говорит, что буквально умоляла своего мужа о близости: "Я говорю ему, что чувствую себя одинокой. Говорю, что скучаю по нему". Моника утверждает, что в плане секса у них все было хорошо, пока они не вступили в брак. Она уверена, что дело не в измене: ни у нее, ни у мужа никого нет на стороне. Насколько ей известно, муж на нее не злится. На самом деле, это она злится на него за то, что он забросил их сексуальную жизнь. Моника борется с искушением изменить Лоренсу. Психотерапевту не удается узнать от нее, почему Лоренс не заинтересован в интимных отношениях с ней.

Психотерапевт спрашивает, может ли Лоренс прийти к нему на сеанс один. Моника соглашается, и ее муж приходит. Лоренс сообщает, что Моника критикует его сексуальные навыки и сравнивает его умения как мужчины с умениями своих прежних любовников. Это заставляло его чувствовать все более и более сильную тревогу и несостоятельность в постели, поэтому со временем он стал избегать секса с женой. Таким

образом, психотерапевт узнает о проблемном поведении Моники, которое приводит к прекращению интимных отношений в ее браке.

Схемные опросники

Методика ранних дезадаптивных схем Янга — превосходный инструмент для анализа проблемного поведения "капитуляции", связанного со схемами. Кроме того, в Опроснике избегания Янга–Рай и в Опроснике компенсации схемы Янга приведены другие формы копингового поведения со схемой.

РАБОТА С ПРОБЛЕМНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ЦЕЛЯХ РАЗРУШЕНИЯ ПАТТЕРНОВ

После того как психотерапевт и пациент составили список проблемных паттернов поведения, они решают, какие из них наиболее важны и поэтому должны стать целями для изменения. Рассматривая наиболее значимые проявления проблемного поведения, они обсуждают, каким было бы здоровое поведение пациента в каждом конкретном случае. Часто пациенты не осознают, что их поведение проблематично, и не понимают, чем отличается здоровое поведение от дезадаптивного. Психотерапевт и пациент формулируют альтернативные варианты поведения, обсуждая преимущества и недостатки каждого из них. Они придумывают альтернативные здоровые реакции, которые становятся терапевтическими целями и должны со временем заменить дезадаптивные реакции.

Психотерапевт помогает пациенту выбрать одно конкретное проявление поведения, которое следует изменить в первую очередь. Пациент работает над одним проявлением поведения за раз, а не над целым паттерном сразу. Как психотерапевт и пациент выбирают проявление поведения, которое следует изменить первым? Далее мы приводим некоторые общие рекомендации.

Изменение поведения в противовес изменению жизни

В целом наш подход в схема-терапии состоит в том, чтобы попытаться изменить поведение пациента *в текущей жизненной ситуации*, прежде чем рекомендовать ему вносить серьезные изменения в его жизнь, такие как развод или смена работы. (Это, конечно, не относится к опасным или недопустимым ситуациям, таким как насилие в семье.) Изменение поведения означает остаться в ситуации и научиться реагировать на нее более адекватно. Мы считаем, что пациенты могут получить много преимуществ, если сначала научатся справляться с трудной ситуацией, прежде чем принять решение покинуть ее. Вместо того чтобы делать поспешные выводы о необходимости радикальных изменений, пациенты сначала проверяют, не смогут ли они получить желаемое в текущем положении дел, скорректировав собственное поведение. Кроме того, они вырабатывают необходимые навыки для разрешения сложных ситуаций в будущем. Если

после улучшения поведения пациенты все же решают избавиться от текущей ситуации, они могут сделать это, зная, что предприняли попытку привести ситуацию в порядок.

Начинайте с наиболее проблемного поведения

Мы считаем, что психотерапевт должен начинать с самого проблемного проявления поведения. Именно оно вызывает у пациента наибольшее беспокойство и более всего препятствует эффективному функционированию пациента в общении с другими людьми или в работе. Исключение составляют случаи, когда пациент чувствует себя слишком подавленным, чтобы работать над самым сложным проявлением поведения. В такой ситуации психотерапевт выбирает наиболее проблемное проявление поведения из тех, которые пациент сейчас в состоянии изменить.

В данном аспекте наш подход принципиально отличается от когнитивно-поведенческой терапии, которая обычно начинается с самого легкого для корректировки проявления поведения. В когнитивно-поведенческой терапии пациенты постепенно приближаются к своему наиболее проблемному поведению. Психотерапевт и пациент выстраивают иерархию проявлений поведения в порядке возрастания сложности, и пациент начинает работу над ними снизу, постепенно продвигаясь вверх. Например, если пациент обратился к психотерапевту с жалобой на то, что он не может ни в чем отказать своему начальнику, когнитивно-поведенческий терапевт может начать с практики ассертивности — сначала с незнакомцами, затем с обслуживающим персоналом, постепенно продвигаясь вверх к друзьям и членам семьи и, наконец, добраться до решения проблемы с начальником.

Однако в схема-терапии психотерапевт начинает с базовых схем и копинговых стратегий. Наша цель — помочь пациентам почувствовать себя значительно лучше как можно быстрее. И только если пациенты не могут в данный момент внести изменения в свою основную проблему, мы можем перейти к вторичной проблеме.

МОТИВАЦИЯ ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ

После того как психотерапевт и пациент устанавливают конкретную цель для изменений в поведении, психотерапевт помогает пациенту обрести мотивацию для поведенческих изменений.

Связь целевого поведения с источником его происхождения в детстве

Чтобы помочь пациентам стать более эмпатичными и поддерживающими по отношению к себе и, таким образом, стать более способными к позитивным изменениям, психотерапевт помогает им установить связь целевого поведения с источником его происхождения в детстве. Начиная понимать, почему это поведение вообще

сформировалось у них, пациенты учатся прощать себя, а не обвинять за это поведение. Например, пациент, который собирается отказаться от алкоголя, может связать свою пагубную привычку со схемой Дефективности/Стыдливости, которая уходит корнями в детство и является следствием отношений с критикующим и отвергающим отцом. С помощью алкоголя пациент стремится заглушить ощущение неприкаянности и недостатка любви. Вместо того чтобы считать себя слабым из-за тяги к алкоголю, пациент может понять, почему это произошло. Алкоголь был его способом избежать болезненных эмоций, связанных с ранней дезадаптивной схемой.

Кроме того, установление связи между поведением пациента и его детством помогает пациенту увязать поведенческую составляющую его проблемы с предшествующей когнитивной и экспериенциальной работой.

Анализ преимуществ и недостатков проблемного поведения

Для усиления мотивации психотерапевт и пациент анализируют преимущества и недостатки дезадаптивного поведения. Если сам пациент не считает, что потенциальный результат стоит того, чтобы приложить максимум усилий, он не будет предпринимать реальных попыток изменить свое проблемное поведение.

Пример из практики

Алан обратился к психотерапевту по настоянию своей невесты Норы, у которой есть сомнения по поводу их приближающейся свадьбы. Алан не понимает, что не так в их отношениях. С его точки зрения, все хорошо. "Единственная проблема в том, что Нора несчастна", — говорит он. По просьбе психотерапевта Нора приходит на сеанс. Она говорит психотерапевту, что чувствует, будто в ее отношениях с Аланом "чего-то не хватает". "Между нами нет настоящей близости", — говорит она.

На этапе оценки схемы психотерапевт и Алан приходят к выводу, что у него есть схема Подавления эмоций, которая мешает ему установить глубокую связь с Норой. Алан успешно применяет когнитивные и экспериенциальные составляющие терапии, а затем начинает заниматься работой по разрушению поведенческих паттернов. Его цель — выражать больше эмоций, как положительных, так и отрицательных, в отношениях с Норой.

У Алана весьма противоречивое отношение к этой цели. Он считает подавление эмоций неотъемлемой частью своей личности. Чтобы помочь ему сформировать мотивацию к изменениям, психотерапевт просит Алана перечислить преимущества и недостатки, связанные с отсутствием эмоций в общении с Норой. В перечень преимуществ входят такие пункты: 1) избегание дискомфорта; 2) уверенность в себе; 3) контроль над собой и над ситуацией; 4) избегание конфронтации. Список недостатков включает в себя только один пункт: 1) Нора будет несчастна и может уйти от него. Однако признание этого единственного недостатка помогло Алану обрести достаточно сильную мотивацию для изменения своего поведения. Понимания того, что если он не изменится, то потеряет Нору, оказалось достаточно, чтобы мотивировать Алана к изменениям.

СОСТАВЛЕНИЕ КОПИНГ-КАРТОЧЕК

Психотерапевт и пациент часто составляют для пациента копинг-карточки, касающиеся его проблемного поведения. Они могут использовать копинг-карточку, составленную в отношении схемы пациента, несколько адаптировав ее под конкретные проявления поведения. В копинг-карточке описывается ситуация, указывается схема, запускаемая в ответ на данный триггер, приводится действительное положение вещей и описывается альтернативное здоровое поведение.

Пример из практики

У Жюстин присутствует схема Покорности, которая происходит из ее детства и уходит корнями во взаимоотношения с отцом-деспотом. Она помолвлена с Ричардом, мужчиной любящим, но властным, как и ее отец. Жюстин работает над заменой своих чрезмерно агрессивных реакций на властность Ричарда более эффективным, менее конфронтационным поведением. Ниже приведена копинг-карточка, разработанная психотерапевтом и Жюстин, чтобы помочь ей изменить свою копинговую стратегию гиперкомпенсации на более подходящую, ассертивную.

> Сейчас я чувствую, что Ричард контролирует меня, указывая мне, что делать, и не слушает меня. Я хочу накричать на него, чтобы он оставил меня в покое; я хочу все бросить; хочу вернуться в спальню и хлопнуть дверью; хочу ударить его. Тем не менее, я знаю, что реагирую так из-за своей схемы Покорности, которая сформировалась у меня по вине моего властного отца, еще когда я была маленькой девочкой. Несмотря на то, что я убеждена, что Ричард *намеренно* игнорирует мои чувства, на самом деле у него просто такой характер, и он не хочет причинить мне боль. Даже если мне хочется накричать на него или нагрубить ему, вместо этого я собираюсь спокойно поговорить с ним и сказать, что я чувствую, и что я хочу сделать. Я собираюсь рассказать ему о том, чего хочу, как взрослый человек, — таким способом, о котором потом не буду жалеть.

Пациенты могут перечитывать копинг-карточку, когда готовятся к той или иной ситуации и хотят напомнить себе, почему так важно изменить поведение, или когда уже находятся в соответствующей ситуации и испытывают искушение вернуться к прежнему дезадаптивному поведению.

РЕПЕТИЦИЯ ЗДОРОВОГО ПОВЕДЕНИЯ В РАБОТЕ С ВООБРАЖЕНИЕМ И В РОЛЕВОЙ ИГРЕ

Пациент практикует здоровое поведение на сеансах психотерапии, используя как работу с воображением, так и ролевые игры. Пациент работает с воображением и проводит ролевую игру с психотерапевтом, образно представляя себе, как он владеет ситуацией и успешно преодолевает возможные камни преткновения. Ниже приведен фрагмент сеанса подобной работы с Жюстин.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Закройте глаза и представьте, как Ричард возвращается домой. Он опаздывает, ваш ребенок плачет, а вы на грани нервного срыва. Видите это?

ЖЮСТИН (*с закрытыми глазами*): Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что происходит?

ЖЮСТИН: Я жду его, хожу кругами по комнате, смотрю на часы.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы чувствуете?

ЖЮСТИН: В одну минуту я напугана до смерти, что он никогда не вернется домой, в следующую минуту я хочу его убить за то, что он заставляет меня ждать и нервничать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что происходит, когда он входит в дом?

ЖЮСТИН: Он смотрит на меня вопросительно, чтобы понять, в каком я настроении.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вам хочется сделать?

ЖЮСТИН: Я не знаю, хочу ли я кричать на него, бить кулаками по груди или подбежать и обнять.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы справляетесь с этими двумя частями себя?

ЖЮСТИН: Ну, я разговариваю со своей разгневанной частью. Я говорю ей: "Послушай, ты любишь Ричарда и не хочешь причинить ему боль. Ты просто расстроена, потому что думала, что он больше никогда не придет, но он здесь! Ты можешь быть счастливой!"

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что говорит злая часть?

ЖЮСТИН: Она говорит: "Ладно". Она чувствует себя хорошо.

Разговаривая с разгневанной стороной своей личности, Жюстин работает с режимами. Она ведет диалог между режимами Сердитого ребенка и Здорового взрослого. В ролевых играх психотерапевт поначалу моделирует здоровое поведение, в то время как пациент играет роль другого участника проблемной ситуации. Затем психотерапевт и пациент меняются ролями, и теперь пациент практикует здоровое поведение, а психотерапевт играет роль другого участника ситуации. Психотерапевт и пациент вместе прорабатывают наиболее вероятные сложности, чтобы пациент чувствовал себя хорошо подготовленным.

СОГЛАСОВАНИЕ ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

Следующим шагом для психотерапевта и пациента является согласование домашнего задания, соответствующего новой поведенческой модели. Пациент соглашается практиковать здоровое поведение в жизненной ситуации, отмечая при этом, что происходит.

Пациент записывает домашнее задание, сохраняет оригинал для себя и отдает копию психотерапевту. Задание является конкретным и специфичным. Например, оно может быть следующим: "На этой неделе я собираюсь спросить начальника, могу ли я взять отпуск в конце мая. Непосредственно перед тем, как спросить его, я собираюсь перечитать свою копинг-карточку, а затем представить себе, как я к нему обращаюсь. После этого я запишу, что случилось, что я чувствовал, о чем думал и что делал мой начальник".

ПРОВЕРКА ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

Сверяясь с копией задания, психотерапевт и пациент проводят обзор результатов выполнения предыдущего домашнего задания в начале очередного сеанса. Очень важно, чтобы психотерапевт следил за результатами выполнения домашних заданий. Если психотерапевт забывает о них, пациент получает сигнал, что домашняя работа не является важной и что психотерапевт не ценит его усилий. Это снижает вероятность того, что пациент будет выполнять задания в будущем. Внимание и похвала со стороны психотерапевта, вероятно, являются наиболее важными подкреплениями для выполнения домашних заданий, особенно в начале процесса разрушения поведенческих паттернов.

Пример из практики

Алексу 37 лет., он работает адвокатом. Он недавно развелся со своей женой Кей после семи лет брака. Хотя он не был счастлив в браке и боролся с сексуальным влечением к своей коллеге, Алекс был крайне удивлен, когда Кей сама сказала ему о желании развестись. Она не сказала ему, почему хочет развода, — сказала только, что не чувствует себя счастливой. Кей ответила отказом на просьбу Алекса попробовать пройти психотерапию для супружеских пар и уехала из их дома в тот же день. У Кей и Алекса не было детей. Спустя год их развод был оформлен официально, и Кей полностью исчезла из его жизни. Несколько месяцев спустя, Алекс обратился к психотерапевту.

Проблема Алекса заключалась в том, что ему было сложно проявлять инициативу в отношениях с женщинами, — особенно в таких отношениях, которые потенциально могли бы привести к вступлению в брак и созданию семьи. Ему было трудно ходить на свидания. Кроме того, он не понимал, почему Кей развелась с ним и почему коллега, которая ему нравилась, отказалась с ним встречаться. Он был просто одержим этой женщиной и большую часть рабочего дня посвящал мыслям о ней и попыткам увидеться с ней, так что его производительность на работе неуклонно снижалась.

Алекс — младший из трех братьев. Его мать умерла, когда ему было восемь лет, и его воспитал убитый горем отец. Когда его братья выросли и покинули дом, чтобы поступить в колледж, Алекс был вынужден взять на себя заботу об отце. (С тех пор он чувствовал себя отчужденным от братьев.) За пределами дома Алекс чувствовал себя "социальным неудачником". Он преуспевал в учебе, но с трудом заводил друзей. Его безрадостная жизнь разительно отличалась от внешне беззаботной жизни других

детей. В то время как у них был счастливый домашний очаг, его домашняя жизнь была пустой и мрачной. Его отец страдал от хронической депрессии. Алекс говорит: "Мой отец большую часть времени спал или смотрел телевизор. Почти все время он проводил на кровати или диване. Он никогда не выходил из дому, не хотел никого видеть. И он почти никогда ничего мне не говорил, кроме «передай соль»".

На этапе оценки схемы Алекс и его психотерапевт выявили схемы Покинутости/Нестабильности (вследствие смерти матери и того факта, что братья покинули дом); Эмоциональной депривированности (вследствие отстраненного, безразличного отношения со стороны отца и братьев); Социальной отчужденности (вследствие нестандартной обстановки в его семье, которая заставляла его чувствовать себя не таким, как сверстники); и Самопожертвования (вследствие вынужденной необходимости заботиться об отце).

Его основная копинговая стратегия — избегание схемы. Алекс стал трудоголиком еще в детстве. Он полностью посвящал себя учебе, позже — юридической карьере, и сейчас очень успешен в своей профессии. Он встретил Кей на юридическом факультете и женился на ней несколько лет спустя. Алекс не был влюблен в Кей, но он считал ее умной и рассудительной девушкой, а сам он очень боялся одиночества. Как и отец Алекса, Кей страдала от хронической депрессии. Алекс хотел, чтобы у них были дети, но Кей отказывалась. Их совместная жизнь была стабильной, но однообразной, без страсти. (Брак Алекса с Кей представлял собой его капитуляцию перед схемой Эмоциональной депривированности. В своем браке с ней он воссоздал эмоционально пустую семейную жизнь своего детства.)

По прошествии некоторого времени Алекс обратил внимание на свою коллегу по имени Джоан. Джоан казалась ему очень сексуальной. Она флиртовала с Алексом, когда он был женат, однако не захотела встречаться с ним после развода. Алекс много раз приглашал ее на свидание, но она всегда отвечала отказом. Хотя Джоан принимала подарки и комплименты от Алекса, она явно не интересовалась им в романтичном смысле, и ему было очень сложно принять этот факт. Когда психотерапевт спросил Алекса, почему ему нравится Джоан, тот ответил: "Когда мы с ней оказываемся наедине, она заставляет меня чувствовать себя так, будто я единственный мужчина в целом мире. Она очень внимательна ко мне. Но когда рядом есть другие люди, она ведет себя отстраненно". Парадоксальным образом Алекса восхищает подобная непоследовательность Джоан в отношении к нему. Психотерапевт полагает, что влечение Алекса к Джоан обусловлено схемой, — в данном случае, схемой Покинутости/Нестабильности. Кроме того, свою роль играет и связанная с ней схема Самопожертвования, поскольку Алекс многое давал Джоан и почти ничего не получал взамен.

Алекс и психотерапевт пришли к согласию, что первой целью их работы по разрушению поведенческих паттернов должны стать его "зацикленные на Джоан" действия на работе, такие как мечты о ней, звонки ей, письма, расспросы людей о ней, поиски интересующих ее газетных статей, а также организация "случайных" встреч с ней. Алекс проводил практически весь свой рабочий день, будучи одержимым этими действиями, хотя они были для него мучительными, и впоследствии он сожалел о них. Более того, как мы уже отмечали, его продуктивность на работе существенно снизилась.

Психотерапевт начинает с того, что помогает Алексу связать целевой поведенческий паттерн с источником его происхождения в детстве. Психотерапевт просит его закрыть глаза и представить, что он находится на работе и думает о Джоан.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы видите?

АЛЕКС: Я вижу себя на работе. Я сижу за столом. Пытаюсь работать, но не могу перестать думать о ней. Я знаю, что должен сосредоточиться на работе, но я хочу ее увидеть. Я хочу показать ей статью, которую нашел, я знаю, что ей будет интересно...

ПСИХОТЕРАПЕВТ (*перебивая*): Что говорит та ваша часть, которая хочет увидеть ее?

АЛЕКС: Она говорит, что эти чувства просто невыносимы для меня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы представить себе такое же ощущение в детстве?

АЛЕКС: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы видите в этом образе?

АЛЕКС: Я вижу себя в своей кровати, я один, плачу из-за мамы. Это было после ее смерти. Она никогда не вернется, как бы я этого ни хотел.

То, что Алекс постоянно думает о Джоан на работе, запускает его схему Покинутости/Нестабильности, вызывая чувства, связанные со смертью его матери. Чтобы избежать этих чувств, Алекс пытается устроить встречу с Джоан. Психотерапевт и Алекс составляют копинг-карточку для Алекса, чтобы он перечитывал ее, когда схема запустится в очередной раз. Копинг-карточка советует ему не искать встречи с Джоан, а прислушаться к своему внутреннему ребенку, записав диалог между режимами Покинутого ребенка и Здорового взрослого (Алекс называет свой режим Здорового взрослого своей "хорошей матерью"). Если Здоровый взрослый Алекса сможет частично удовлетворить (эмоциональные) потребности своего Покинутого ребенка, то его Уязвимому ребенку не придется отправляться на поиски Джоан, чтобы попытаться удовлетворить эти потребности с ее помощью.

Чтобы дополнительно подготовить Алекса к поведенческим изменениям, психотерапевт просит его провести диалог между схемой, которая хочет, чтобы он оставался сосредоточенным на Джоан, и здоровой стороной его личности, которая хочет, чтобы он забыл о ней и сосредоточился на своей работе, а также попытался познакомиться с новыми женщинами. Алекс играет роль обеих сторон, пересаживаясь с одного стула на другой при переключении ролей. Психотерапевт просит Алекса представить, что он находится на работе и борется с желанием найти Джоан.

АЛЕКС (*схема-сторона*): "Иди к ней. Рядом с ней ты можешь чувствовать себя очень хорошо. Ты давно не чувствовал себя так хорошо. Оно того стоит — потерять часть рабочего времени, возможно, даже потерять все, — просто чтобы побыть с ней еще раз".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, а теперь играйте роль здоровой стороны.

АЛЕКС (*садясь на второй стул*): Ладно. (*Здоровая сторона*): "Ты ошибаешься. Ты не будешь чувствовать себя хорошо. Тебе будет плохо. Хуже, чем ты себя чувствовал в последнее время. Для тебя там ничего нет, кроме одиночества".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А теперь снова войдите в роль схемы.

АЛЕКС (*возвращаясь на первый стул, со стороны схемы*): "Ты знаешь, на что похожа твоя жизнь без нее? Я скажу тебе. Она невыносимо скучна. В ней нет ничего, чего бы тебе стоило ожидать. Ты скорее мертв, чем жив".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А теперь говорите как здоровая сторона.

АЛЕКС (*пересаживаясь на другой стул; от имени здоровой стороны*): "Нет, ты не прав. Так не должно быть. Ты мог бы встретить кого-то еще, кого-то, кто сможет полноценно ответить на твои чувства".

Диалог продолжается до тех пор, пока Алекс не почувствует, что его здоровая сторона победила схему.

Первое домашнее задание Алекса по разрушению поведенческих паттернов — прекратить выполнять действия, связанные с Джоан, заменив их просмотром копинг-карточек и записями диалогов в воображении. Он выполнил это домашнее задание с умеренным успехом. На следующем сеансе он сообщает, что ему удалось прекратить многие действия, которые он выполнял на рабочем месте, такие как звонки и переписка по электронной почте с Джоан. Однако, хотя Алекс каждое утро обещал себе, что не будет пытаться увидеться с Джоан, к концу почти каждого рабочего дня он нарушал это обещание и искал предлог для встречи с ней. Психотерапевт помогает Алексу проработать факторы, которые блокируют изменение его поведения. Алекс анализирует преимущества и недостатки дальнейших встреч с Джоан. Основным преимуществом является то, что пока он продолжает встречаться с ней, остается возможность завоевать ее и получить желаемое. Основным недостатком является то, что такое поведение удерживает его в зоне уязвимости и потери.

Еще одно проявление поведения, которое Алекс и психотерапевт выбирают для изменения, — переутомление на работе. Они заключают соглашение, по которому Алекс обязуется проводить выходные не в офисе, как обычно, а участвуя в социальных мероприятиях, на которых он мог бы познакомиться с другими женщинами. В следующем фрагменте беседы Алекс и психотерапевт разрабатывают поведенческое домашнее задание для достижения этой цели.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, какое мероприятие вы могли бы посетить? Где вы можете встретить женщину, которая вам понравится?

АЛЕКС: Я не знаю. Прошло так много времени с тех пор, как я ходил куда-то, кроме офиса.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как бы вы хотели провести выходные?

АЛЕКС: Помимо работы? (*Смеется.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ага. (*Тоже смеется.*)

АЛЕКС: Дайте-ка подумать. Возможно, посмотреть футбольный матч. Может быть, сходить в спортивный бар и посмотреть трансляцию матча там. Но там я вряд ли встречу кого-нибудь подходящего.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может, вы хотели бы заняться еще чем-то?

АЛЕКС: Возможно, прокатиться на велосипеде. Если погода достаточно хорошая…

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Где бы вы это делали?

АЛЕКС: Я мог бы пойти в парк.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вам бы это понравилось?

АЛЕКС: Да, мне бы это понравилось. Некоторые мои коллеги катаются на велосипедах вместе каждую субботу. Я еще ни разу не катался с ними.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Почему нет?

АЛЕКС: Не знаю, я чувствую себя нелепым.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: О чем это вам напоминает? Можете ли вы связать это чувство с детством?

АЛЕКС: Да. На перемене я обычно оставался в классе и повторял уроки, вместо того чтобы играть с ребятами на школьном дворе. Чувствовал себя так же.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, скажите мне, если бы вы зашли в класс, будучи взрослым, как сейчас, и увидели себя ребенком, сидящим во время перемены, пока другие дети играют на улице, что бы вы сказали ему?

АЛЕКС: Я бы сказал: "Разве тебе не хочется выйти во двор и поиграть? Разве ты не хочешь побегать на улице с другими детьми?"

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что отвечает ребенок?

АЛЕКС (*со стороны ребенка*): "Хочу, но боюсь, что меня не примут в игру".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что вы ответите?

АЛЕКС (*со стороны взрослого*): Я говорю: "А что если я пойду с тобой? Если другие дети узнают тебя получше, я уверен, что ты им понравишься. Я пойду с тобой и помогу тебе поговорить с ними".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что говорит ребенок?

АЛЕКС: Ребенок отвечает согласием.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, теперь представьте, что вы на работе и спрашиваете кого-нибудь о велосипедных прогулках. Что вы видите?

АЛЕКС: Я подхожу к Ларри в обеденный перерыв и говорю: "Ларри, я подумываю присоединиться к вашей велопрогулке в эту субботу. Можешь рассказать мне о ней подробнее?" Этого было бы достаточно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как насчет того, чтобы сделать это следующим домашним заданием?

АЛЕКС: Хорошо.

Пациент записывает домашнее задание. Психотерапевт напоминает ему, что нужно будет внимательно следить за своими мыслями, чувствами и поведением. На следующем сеансе Алекс сообщает о результатах. Психотерапевт хвалит Алекса за

выполненное задание и проявляет интерес к его результатам. Кроме того, психотерапевт напоминает о преимуществах выполнения домашних заданий.

УСТРАНЕНИЕ ПРЕПЯТСТВИЙ, БЛОКИРУЮЩИХ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Изменение поведения, управляемого схемой, — сложная задача. Несмотря на желание пациента измениться, этот процесс может сопровождаться множеством подводных камней. Ранние дезадаптивные схемы глубоко укоренились и управляют масштабными жизненными паттернами. Они борются за собственное выживание — как очевидными, так и незаметными способами. Мы разработали несколько подходов к преодолению препятствий, блокирующих поведенческие изменения.

Понимание сути препятствий

Даже после того как пациент взял курс на разрушение проблемных поведенческих паттернов, у него все еще могут возникать трудности с внедрением нового поведения. Когда пациенты не выполняют поведенческие домашние задания, первая задача психотерапевта — понять, почему это происходит. Осведомлен ли пациент о существовании такого препятствия (блока)? Иногда пациенты знают, что именно мешает им выполнить домашнее задание, и могут сказать об этом прямо. Если пациент не в состоянии описать подобное препятствие, психотерапевт может задавать вопросы. Боится ли пациент последствий изменений? Возможно, пациент злится, что изменение является необходимым или тяжело дается ему? Испытывает ли пациент трудности с тем, чтобы нормально переносить дискомфорт или вести работу, связанную с необходимыми изменениями? Выявил ли пациент свои убеждения или чувства, которые трудно преодолеть? Считает ли пациент, что положительный результат недостижим? Хотя к данному моменту пациент и психотерапевт уже разобрались в преимуществах и недостатках изменения поведения, пациент мог недооценить силу факторов, препятствующих изменению, или же мог возникнуть новый сдерживающий фактор — уже после того, как пациент начал предпринимать попытки измениться.

Если пациент не может сказать, что это за препятствие, или ответ пациента кажется неправдоподобным, психотерапевт использует другие методы для исследования природы блока.

Работа с воображением

В предыдущей главе мы подробно обсудили применение техник визуализации для изменения поведения. Здесь мы снова упомянем некоторые из этих стратегий, чтобы подчеркнуть их важность в разрушении поведенческих паттернов.

Психотерапевт может использовать визуализацию для исследования препятствия: он просит пациента представить себе проблемную ситуацию и описать, что

происходит, когда он пытается применить новое поведение. Психотерапевт и пациент исследуют ту точку, в которой пациент застревает. Что пациент думает и чувствует в этот момент? О чем думают и что чувствуют другие персонажи образа? Что хочет сделать пациент? Действуя подобным образом, психотерапевт и пациент часто могут выявить природу блока.

Психотерапевт может проводить работу с воображением и другими способами, например, может попросить пациента представить себе новое поведение и посмотреть, что будет происходить потом. Чувствует ли пациент себя виноватым, провоцирует ли гнев кого-либо из членов семьи? Предвидит ли пациент какие-нибудь ужасные последствия? В качестве альтернативы психотерапевт может попросить пациента представить себе препятствие и вообразить, как он избавляется от него. Например, препятствие может выглядеть, как черная гиря, которая своим весом давит на пациента. Ответы пациента на вопросы психотерапевта говорят о том, что это препятствие транслирует то же самое послание, что и его пессимистически настроенный родитель в детстве. Пациент отрицает это послание, отталкивая воображаемую гирю прочь от себя. Или психотерапевт может связать происхождение блока с событиями детства, попросив пациента воссоздать ситуацию из детства, когда он испытывал то же самое. Затем психотерапевт может использовать эту возможность для замещающего родительства для Уязвимого ребенка пациента. Итак, образы могут быть использованы как в целях определения сути препятствий, так и в целях их преодоления.

Диалоги между препятствием и здоровой стороной личности пациента

Психотерапевт может помочь пациенту вести диалог между двумя сторонами его личности: стороной, избегающей нового поведения, и стороной, которая хочет попробовать применять новое поведение. Пациент может вести диалог в воображении или разыгрывать его, пересаживаясь со стула на стул. Психотерапевт наставляет здоровую сторону, когда это необходимо.

Психотерапевт работает над тем, чтобы определить режим, блокирующий изменения. Это может быть режим ребенка, слишком робкий или слишком необузданный, чтобы пытаться изменить ее. Или она может представлять собой дезадаптивный копинговый режим, побуждающий пациента прибегнуть к старому дезадаптивному поведению для преодоления трудностей. Возможно, этот режим дисфункционального родителя, которая ломает дух пациента, наказывая его или требуя от него слишком многого. Как только психотерапевт выяснит, какой режим препятствует новому поведению, пациент может начать с ней диалог и попытаться решить конкретные проблемы. Мы обсудим такую работу с режимами в следующих главах.

Копинг-карточки

Психотерапевт и пациент могут составлять копинг-карточки в отношении препятствия/блока. На копинг-карточке они опровергают соответствующие схемы и дезадаптивные копинговые стратегии. Например, если препятствие пациента представляет

собой гнев, на копинг-карточке может быть написано: "Сейчас я чувствую себя слишком разгневанным, чтобы стараться вести себя менее агрессивно в отношениях с близкими, как мы договаривались на психотерапевтических сеансах". Копинг-карточка вкратце перечисляет преимущества и недостатки дезадаптивной копинговой стратегии, описывает здоровое поведение и предлагает решения практических проблем. Копинг-карточка может предлагать техники самоконтроля на случай гнева: "Я буду делать медленные глубокие вдохи, пока не успокоюсь, а затем представлю себе, как практикую здоровое поведение". Просмотр копинг-карточки дает пациенту возможность сначала проработать свой гнев и только после этого реагировать на ситуацию.

Перераспределение домашнего задания

После того как психотерапевт и пациент определили препятствие и попытались над ним поработать, пациент снова пробует применить новое поведение в качестве домашнего задания. Психотерапевт может рассмотреть возможность снижения сложности задания или разбить его на небольшие последовательные шаги. Если после переназначения домашнего задания пациент все еще не может выполнить его, психотерапевт должен перевести внимание на другой поведенческий паттерн, а к этому вернуться позже. Тем не менее, для психотерапевта важно не отвлекаться от основной цели — внесения пациентом изменений в свое поведение. Что бы ни случилось, психотерапевт продолжает применять принцип эмпатической конфронтации, чтобы добиться поведенческих изменений. Следует отметить, что иногда психотерапевту может быть довольно сложно практиковать эмпатическую конфронтацию в отношении пациента, который не справляется с задачей корректировки своих паттернов поведения.

Положительные стимулы

Если описанные выше стратегии не работают, психотерапевт может попробовать применять положительные стимулы, которые подкрепляли бы применение пациентом своего нового поведения. Например, частью домашнего задания пациента может стать вознаграждение себя за применение новых поведенческих стратегий. У каждого пациента свой формат награды, в зависимости от того, что пациент считает для себя приятным. Иногда это покупка небольшого подарка, какое-то развлечение или просто личное время, посвященное заботе о себе. Одно из особенно эффективных средств поддержки для многих пациентов — позвонить своему психотерапевту или отправка ему сообщения о том, что задание выполнено.

Если пациент в течение длительного времени все еще противостоит поведенческим изменениям, последний вариант положительного стимула — предложить ему сделать перерыв в терапии. Например, психотерапевт может представить пациенту идею об усилиях, ограниченных во времени: психотерапевт и пациент решают, как долго нужно еще работать над поведенческими изменениями, и, если в течение этого периода не произойдет никаких изменений, они приходят к решению на время прекратить терапию. Психотерапевт сообщает пациенту, что терапия может быть возобновлена, как только пациент будет готов к поведенческим изменениям. Психотерапевт представляет

это как проблему готовности — он будет ждать от пациента сигнала о готовности к изменениям. Это крайняя мера, которую может принять психотерапевт, и она предназначена для особенно трудных случаев. Иногда пациенты просто не готовы измениться. Нужно, чтобы прошло некоторое время или изменились жизненные обстоятельства, прежде чем они будут готовы рисковать, применяя новое поведение. Иногда им нужно испытать значительный дистресс. Во время перерыва в работе с психотерапевтом пациент обычно чувствует себя хуже, чем во время активных изменений, и это может придать ему необходимую мотивацию.

Важно отметить, что мы тщательно взвешиваем, имеются ли другие преимущества продолжения курса психотерапии — например, замещающего родительство пациента с ПРЛ, — которые могут перевесить отсутствие поведенческих изменений. Таким образом, иногда мы продолжаем лечение в течение длительного времени даже в отсутствие поведенческих изменений, если на то есть веские причины.

Психотерапевт может представить идею ограниченных во времени усилий следующим образом.

> "Думаю, вы старались изо всех сил, но ваши схемы очень сильны. Возможно, к этому моменту мы сделали практически все, что могли, в плане изменений. Иногда в жизни происходят события, которые помогают людям изменить свое поведение. Как вы отнесетесь к идее продолжать наши сеансы еще в течение месяца, чтобы узнать, сможете ли вы внести какие-либо изменения в свое поведение? Если нет, мы могли бы на какое-то время прекратить сеансы, и вы позвоните мне, когда ощутите готовность возобновить лечение и работу над поведенческими изменениями. Что вы думаете о таком плане?"

Примеры из практики

Спенсер: конфликт режимов

Спенсер, 31 год, пришел на терапию, поскольку недоволен своей работой. Спенсер получил степень магистра в области изобразительного искусства, но после окончания учебы стал работать графическим дизайнером, что было существенно ниже его уровня компетенции. Хотя Спенсер испытывает скуку на работе и чувствует себя недооцененным, он все равно отказывается искать другую работу. Ни одна работа не кажется ему достаточно хорошей: он либо чувствует себя недостаточно квалифицированным, либо видит недостатки в самой работе. На этапе оценки Спенсер обнаруживает у себя схемы Дефективности/Стыдливости и Неуспешности. Он осваивает когнитивные и экспериенциальные техники и предпринимает попытки достичь изменений в поведении. Однако проходит неделя за неделей, а он все не может выполнить свои поведенческие домашние задания. Время идет, а он остается на том же месте. Но тут происходит нечто неожиданное: Спенсер теряет работу. Несмотря на то что его сбережения тают, он все еще не может активно заняться поиском новой работы. Его образ жизни находится под угрозой.

Психотерапевт предположил, что парализованное состояние Спенсера указывает на конфликт его режимов. Когда пациенты должны предпринять необходимые шаги,

чтобы обеспечить собственное выживание, но при этом все еще не способны действовать, вероятен конфликт режимов. Психотерапевт помогает Спенсеру определить два режима, заблокированные в конфликте: Уязвимого ребенка, который чувствует себя беспомощным и безнадежным, и Здорового взрослого, который хочет найти более удовлетворяющую его работу. Проведение диалогов между этими двумя режимами помогает Спенсеру разрешить конфликт. Здоровый взрослый смягчает страхи Уязвимого ребенка и обещает справиться с любыми возможными трудностями.

Рина: пациенту не хватает мотивации для изменений

Пациенты чувствуют единение со своими ранними дезадаптивными схемами: их схемы являются частью их личности. Они настолько верят в истинность своих схем, что не могут представить себе возможность изменения. В некоторых случаях пациент еще недостаточно зол на схему. В других случаях, как это часто происходит с пациентами с нарциссическим расстройством личности, недостатки дисфункционального поведения не являются достаточной мотивацией. Многие виды нарциссического поведения гораздо больше расстраивают окружение пациента, нежели его самого, поэтому у него нет мотивации меняться до тех пор, пока значимый другой не сделает что-то радикальное, например не пригрозит разрывом отношений. Психотерапевт решает эту проблему, подчеркивая долгосрочные негативные последствия нарциссического поведения.

У Рины присутствует схема Привилегированности/Грандиозности. В детстве ее баловали, и теперь она считает, что заслуживает особого отношения. В числе привилегий, которые она приписывает себе, но не другим, — право взрываться от гнева, когда что-то идет против ее воли. Она приходит на терапию, потому что ее жених, Митч, угрожает расторгнуть помолвку, если она не научится контролировать свой нрав. Рина испытывает трудности с выполнением поведенческих домашних заданий. Например, они с психотерапевтом приходят к выводу, что она будет делать паузу, когда начнет ощущать, что теряет над собой контроль в общении с Митчем. Но на практике она каждый раз решает, что в данный момент ее желания важнее. “Я хочу получить то, что я хочу, — говорит она, — и не умею идти на уступки”. Следовательно, она продолжает выходить из себя. У Рины нет схемы Недостаточности самоконтроля, поскольку проблема самоконтроля возникает только тогда, когда она не может получить все, что ей хочется.

Психотерапевт помогает ей преодолеть свое препятствие. Рина анализирует преимущества и недостатки продолжения своего своенравного и взрывного поведения. Она ведет диалоги между здоровой своей стороной и стороной с привилегированностью. Они с психотерапевтом составляют копинг-карточку, посвященную тому, почему важно научиться контролировать свой характер: она подвергает опасности свои отношения с Митчем всякий раз, когда теряет контроль над своим гневом, а сохранить отношения с Митчем для нее важнее, чем настоять на своем. Рина практикует контроль над своим гневом, работая с воображением и проводя ролевые игры. Она постепенно учится контролировать свой гнев и более адекватно выражать свои потребности в отношениях с Митчем.

МАСШТАБНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ ПЕРЕМЕНЫ

Даже когда пациенты успешно меняют свое поведение, проблемная ситуация может оставаться болезненной и разрушительной. В таких случаях пациенты могут решить, что необходимы серьезные изменения в жизни, такие как смена места учебы или работы, поиск новой карьеры, переезд, отделение от членов семьи или друзей, прекращение романтических отношений. Психотерапевт оказывает поддержку в выборе пути, осуществляемом пациентами.

Когда пациенты рассматривают выход из проблемной ситуации, для психотерапевта важно определить, является ли это решение здоровым или же оно обусловлено схемой. Причины, движимые схемой, обычно представляют собой проявления формы избегания или гиперкомпенсации. Например, молодой пациент по имени Джим решает оставить свою работу в деловом центре города и переехать поближе к пляжу. Хотя с финансовой точки зрения этот шаг для него возможен, поразмыслив, он понимает, что данное желание обусловлено его схемой Покорности. Такой шаг представляет собой как избегание схемы, так и ее гиперкомпенсацию: переезжая, Джим надеется избегать столкновений со своими клиентами и сотрудниками, а также может гиперкомпенсировать свою схему, делая то, что *он сам* хочет. Джим наконец признает, что, если бы у него не было конфликтов с клиентами и коллегами, он хотел бы остаться на своей работе.

Всякий раз, когда пациенты вносят в свою жизнь изменения, которые кажутся радикальными или внезапными, психотерапевт должен тщательно оценить ситуацию. "Бегство в здоровье", описанное в психотерапевтической литературе, вероятно, является гиперкомпенсацией схемы. Даже если поведение пациентов внешне выглядит здоровым, они могут предпринимать нехарактерные для себя шаги без должной подготовки. В таких случаях психотерапевт эмпатически конфронтирует избеганию и гиперкомпенсации схемы.

Если изменение, предложенное пациентом, не является проявлением избегания или гиперкомпенсации, следующим шагом является изучение альтернативных вариантов действий. Психотерапевт и пациент анализируют преимущества и недостатки каждой альтернативы, а затем оценивают, какая из них лучше. Психотерапевт спрашивает: "Если бы у вас не было схем, что бы вы делали?" Этот вопрос помогает пациентам определить правильный курс. Кроме того, психотерапевт и пациент анализируют преимущества и недостатки изменений и их отсутствия. Иногда решение должно основываться на прагматических соображениях. Может ли пациент позволить себе это изменение в финансовом плане? Может ли пациент найти другую работу, получше? Может ли пациент выстроить более удовлетворительные отношения? Может ли он получить необходимые ресурсы для проведения изменений?

Психотерапевт помогает пациенту подготовиться к серьезным жизненным изменениям. Ему понадобятся такие навыки, как стрессоустойчивость и толерантность к фрустрации, умение справиться с неодобрением со стороны значимых других и решение непредвиденных проблем.

ИТОГИ

Разрушая поведенческие паттерны, пациенты пытаются заменить управляемое схемой поведение более адаптивным поведением. Поведенческие паттерны, являющиеся объектами изменений, представляют собой дезадаптивные копинговые стратегии, которые пациенты используют при запуске схем. Эти дезадаптивные копинговые стратегии, как правило, проявляются в виде капитуляции, избегания или гиперкомпенсации, хотя каждой ранней дезадаптивной схеме присущи собственные копинговые стратегии.

Разрушение поведенческих паттернов начинается с определения конкретного проявления поведения в качестве возможной цели изменения. Психотерапевт и пациент могут выполнять это несколькими способами: 1) уточняя концептуализацию случая, разработанную на этапе оценки; 2) составляя подробное описание проблемного поведения; 3) работая над образами событий-триггеров; 4) исследуя терапевтические отношения; 5) получая информацию от значимых других пациента; 6) анализируя результаты заполнения пациентом схемных опросников.

Затем психотерапевт и пациент расставляют приоритеты относительно поведения, паттерны которого необходимо разрушить. Мы считаем, что для пациентов важно попытаться изменить поведение в текущей жизненной ситуации, прежде чем вносить существенные изменения в свою жизнь. В отличие от того, как это происходит в традиционной когнитивно-поведенческой терапии, пациенты начинают с наиболее проблемного проявления поведения, с которым они способны справиться.

Чтобы создать мотивацию для поведенческих изменений, психотерапевт помогает пациенту связать целевое поведение с источником его происхождения в детстве. Психотерапевт и пациент анализируют преимущества и недостатки нынешнего поведения. Они разрабатывают копинг-карточку, в которой обобщают основные моменты. На сеансах психотерапевт и пациент репетируют здоровое поведение, работая с воображением и проводя ролевые игры. Они приходят к необходимости выполнения поведенческих домашних заданий. Пациент выполняет домашнее задание, а на следующем сеансе детально обсуждает его с психотерапевтом.

Мы делаем некоторые предложения по преодолению препятствий (блоков) на пути поведенческих изменений. Сначала психотерапевт и пациент определяют суть препятствия. За ним обычно стоит режим, и психотерапевт с пациентом могут объединить усилия в борьбе с ним. Пациент ведет диалоги между препятствием и здоровой стороной своей личности. Психотерапевт и пациент составляют копинг-карточку, которую пациент перечитывает в соответствующих ситуациях. Если после переназначения домашнего задания пациент все еще не в состоянии его выполнить, психотерапевт может объявить вознаграждение за его выполнение или предложить сделать перерыв в курсе терапии.

Глава 6

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ

Схема-терапевты рассматривают терапевтические отношения как крайне важную составляющую этапов оценки и изменения схемы. Для терапевтических отношений в схема-терапии характерны две особенности: терапевтический подход *эмпатической конфронтации* и применение замещающего родительства. Эмпатическая конфронтация (или эмпатическая проверка действительности) подразумевает, что психотерапевт демонстрирует пациенту понимание причин, по которым тот подкрепляет свою схему, и в то же время подчеркивает необходимость изменений. Концепция замещающего родительства предполагает предоставление пациентам — в рамках терапевтических отношений — того, в чем они нуждались, но не получили в детстве.

В этой главе описываются терапевтические отношения в схема-терапии. Мы сосредоточимся, во-первых, на роли терапевтических отношений в процессе оценки схем и копинговых стратегий, а во-вторых, рассмотрим терапевтические отношения как инструмент обеспечения изменений.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ НА ЭТАПЕ ОЦЕНКИ СХЕМЫ И ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

На этапе оценки схемы и информирования пациента терапевтические отношения являются весьма эффективным рабочим инструментом. Психотерапевт устанавливает контакт; концептуализирует случай; решает, какой стиль замещающего родительства подходит пациенту; определяет, могут ли его собственные схемы препятствовать терапии.

Установление контакта

Как и в других видах психотерапии, в схема-терапии терапевтические отношения начинаются с установления контакта с пациентом. Психотерапевт стремится проявить эмпатию, тепло и искренность, определенные Роджерсом (*Rogers, 1951*) в качестве неспецифических факторов эффективной психотерапии. Цель состоит в том, чтобы создать атмосферу принятия и безопасности, в которой пациент сможет установить эмоциональную связь с психотерапевтом.

Схема-терапевт старается придерживаться личностного подхода к пациентам и не вести себя отстраненно и безучастно во время сеансов. Он не пытается произвести впечатление некоего идеального человека, знающего ответы на все вопросы, или обладателя тайного знания, которое он скрывает от пациентов. Он позволяет себе проявлять собственные личные черты в общении с пациентом. Если схема-терапевт считает, что это пойдет на пользу пациенту, он рассказывает ему о своих собственных эмоциональных реакциях. Схема-терапевт может поделиться своим личным жизненным опытом, если это способно помочь пациенту. Он также строго придерживается принципов объективности и сопереживания в общении с пациентами.

Психотерапевты, практикующие подход схема-терапии, просят пациентов предоставлять обратную связь о себе и своем лечении. Они побуждают пациентов выражать негативные эмоции по поводу терапии, если таковые имеются, чтобы эти чувства не накапливались и не создавали дистанцию и сопротивление в общении с психотерапевтом. Цель работы с негативными комментариями — выслушать пациента, не занимая оборонительную позицию, и попытаться понять ситуацию с точки зрения пациента. (Конечно, психотерапевт не позволяет пациенту вести себя оскорбляющим образом — кричать или переходить на личности. Он устанавливает четкие границы во взаимодействии.) Если негативная обратная связь представляет собой искажение действительности, основанное на схеме, психотерапевт пытается выявить истину, помогая пациенту определить свои схемы, а также борется с ними посредством эмпатической конфронтации. Если негативная обратная связь пациента обоснована и адекватна, психотерапевт признает ошибку и приносит свои извинения.

Схема-терапия — это подход, который стремится выявить здоровые аспекты личности пациента и поддержать их. В его основе лежит расширение возможностей пациента и предоставление ему способности контролировать ситуацию. Психотерапевт формирует союз со здоровой стороной личности пациента, объединяя с ней усилия в борьбе против его схемы. Конечной терапевтической целью является укрепление режима Здорового взрослого пациента.

Концептуализация случая

Терапевтические отношения раскрывают схемы и режимы пациента (а также психотерапевта). Когда в терапевтических отношениях запускается одна из схем, психотерапевт помогает пациенту ее идентифицировать. Психотерапевт и пациент исследуют, что произошло — какие именно действия психотерапевта запустили схему, о чем думал пациент, что чувствовал и что делал. Какой была копинговая стратегия пациента? Какого типа — капитуляции, избегания или гиперкомпенсации? Психотерапевт применяет работу с воображением, чтобы помочь пациенту связать его реакцию с ситуациями в его детстве, — при этом пациент получает возможность понять, кто из окружавших его в детстве людей способствовал возникновению схемы, — и с его текущими жизненными проблемами.

Когда терапевтические отношения запускают одну из ранних дезадаптивных схем пациента, ситуация становится аналогичной концепции переноса Фрейда: пациент реагирует на психотерапевта так, как если бы психотерапевт был значимой фигурой из

прошлого пациента (как правило, родителем). Однако в схема-терапии психотерапевт открыто и напрямую обсуждает схемы и режимы функционирования схем, а не прорабатывает "невроз переноса" пациента в скрытом виде (*Фрейд 1917/1963*).

Пример из практики

Далее мы приводим фрагмент беседы, которую д-р Янг провел с Дэниелом, пациентом, случай которого мы обсуждали в предыдущих главах. На момент этой беседы, Дэниел уже около девяти месяцев проходил схема-терапию с другим психотерапевтом по имени Леон. Схемы Дэниела уже были идентифицированы: Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Дефективности/Стыдливости и Покорности. Как правило, в качестве своей копинговой стратегии он использует режим избегания схемы.

Во время сеанса психотерапевт выполняет с Дэниелом ряд упражнений на визуализацию. В последние 20 минут беседы психотерапевт задает Дэниелу вопросы о его терапевтических отношениях с Леоном. Затем д-р Янг исследует, срабатывали ли схемы Дэниела во время их сеансов. Психотерапевт начинает с того, что расспрашивает Дэниела о его схеме Недоверия/Ожидания жестокого обращения.

Д-Р ЯНГ: Когда вы начали работать с вашим предыдущим психотерапевтом, Леоном, вы испытывали недоверие по отношению к нему?

ДЭНИЕЛ: Я всегда чувствовал, что он меня принимает, что я могу ему доверять. Иногда я раздражаюсь, когда он пытается заставить меня прекратить поведение избегания, потому что на сеансах я избегаю даже упоминать о некоторых вещах. Поэтому он пытается вернуть меня в нужное русло, и иногда это беспокоит меня, но я отдаю себе отчет в том, что лишь трачу время сеансов зря, если не говорю с ним о проблемных моментах. Он просто пытается заставить меня выполнить необходимую работу.

Затем психотерапевт спрашивает Дэниела о его схеме Покорности.

Д-Р ЯНГ: Вы когда-нибудь чувствовали себя под контролем Леона, как будто он подталкивает вас и пытается контролировать…

ДЭНИЕЛ: Да.

Д-Р ЯНГ: Потому что одна из схем, которые мы выявили здесь (*указывает на заполненную пациентом Методику ранних дезадаптивных схем Янга*), — подчинение.

ДЭНИЕЛ: Да.

Д-р Янг переходит к своим терапевтическим отношениям с Дэниелом. Он спрашивает, запускались ли его схемы во время их сеансов. Для начала он задает вопросы о схеме Покорности.

Д-Р ЯНГ: Чувствовали ли вы нечто подобное во время наших с вами сеансов, ощущали ли, что я пытаюсь контролировать вас?

ДЭНИЕЛ: Нет.

Д-Р ЯНГ: Не возникало ничего, что раздражало или отталкивало бы вас?

ДЭНИЕЛ: Ну, когда вы *заставляли* меня работать над образами, хотя это и было в достаточно мягкой форме, я сопротивлялся, потому что чувствовал себя под вашим контролем, как будто вы указываете мне, что делать.

Д-Р ЯНГ: Понятно. Вы испытывали гнев или раздражение по отношению ко мне?

ДЭНИЕЛ: Раздражение.

Д-Р ЯНГ: Как вы преодолели это? Как смогли продолжить работу? Вы просто игнорировали это чувство или…

ДЭНИЕЛ: Мне казалось, что все идет вполне нормально. Хоть и было какое-то мимолетное чувство раздражения, но оно прошло.

Д-Р ЯНГ: Итак, как только вы увидели, что у вас получается выполнить упражнение, сопротивление исчезло.

ДЭНИЕЛ: Да.

Д-Р ЯНГ: Но было изначальное сопротивление…

ДЭНИЕЛ: И даже отсутствие веры в мою способность представить себе необходимые образы.

Д-Р ЯНГ: Итак, есть две проблемы. Одна — это чувство неуверенности в том, что вы сможете справиться с заданием, вторая — ощущение, что я вас контролирую.

ДЭНИЕЛ: Да.

Психотерапевт расспрашивает Дэниела о других случаях, когда его схемы Покорности и Дефективности/Стыдливости срабатывали во время сеанса.

Д-Р ЯНГ: Были ли другие моменты во время сеанса, когда вы чувствовали, что я контролировал вас, или, может, вы задавались вопросом, способны ли вы выполнить задание достаточно хорошо?

ДЭНИЕЛ: Когда вы предложили мне представить себя в социальной ситуации и испытать при этом определенные чувства. Мне казалось, что это трудно выразить словами.

Д-Р ЯНГ: И вы почувствовали себя в опасности, или почувствовали, что вас контролируют, либо же оба варианта верны?

ДЭНИЕЛ: Хм, пожалуй, немного и того, и другого.

Д-Р ЯНГ: Выражая раздраженную часть себя, что бы вы сказали? Можете ли вы стать той раздраженной частью себя, просто чтобы я мог услышать, о чем она говорит?

ДЭНИЕЛ (*выступая в роли раздраженной стороны своей личности, говорит пренебрежительно*): “Мне не нравится, что вы втягиваете меня в эту глупую и бессмысленную игру, в которую мы здесь играем”.

Д-Р ЯНГ: А что сказала бы другая сторона? Здоровая сторона?

ДЭНИЕЛ: Ну, она сказала бы (*в роли здоровой стороны своей личности*): "Для твоего личностного роста важно встретиться со своими страхами и столкнуться лицом к лицу с неприятными вещами, чтобы ты смог их преодолеть".

Д-Р ЯНГ: И что в ответ на это говорит сторона схемы?

ДЭНИЕЛ (*со стороны схемы, говорит холодно*): "Глупости, это все равно не сработает. Очевидно, что ты не был достаточно успешен до сих пор, и кто гарантирует, что ты станешь успешнее после этого? И, кроме того, кто он такой, чтобы говорить тебе, что нужно делать?"

Психотерапевт указывает, что схема Недоверия/Ожидания жестокого обращения также была задействована в терапевтических отношениях во время сеанса, наряду со схемами Дефективности/Стыдливости и Покорности.

Д-Р ЯНГ: Кроме того, как вы сказали, "глупая и бессмысленная игра" давала вам ощущение, будто я манипулирую вами, если я правильно понял. Было ли у вас чувство, что вами манипулируют?

ДЭНИЕЛ: Да.

Д-Р ЯНГ: Как будто это была *игра*. Чем могла бы быть эта игра? Станьте на мгновение подозрительно настроенной частью себя…

ДЭНИЕЛ: Игра будет искусственно воссоздавать социальную ситуацию, которая не является реальной.

Д-Р ЯНГ: Выглядело ли это так, будто это делается для моего, а не для вашего блага, и будто я мог бы причинить вам боль?

ДЭНИЕЛ: Как будто вы хотите разоблачить меня.

Д-Р ЯНГ: Поставить вас под удар?

ДЭНИЕЛ: Да.

Д-Р ЯНГ: И это не принесло бы вам никакой пользы, так?

ДЭНИЕЛ: Да. Будто это просто сделает мне больно, разоблачит меня.

Д-Р ЯНГ: В некотором смысле унизит вас…

ДЭНИЕЛ: Да.

Психотерапевт связывает то, что испытывал Дэниел во время сеанса, с другими взаимодействиями в его жизни.

Д-Р ЯНГ: Итак, когда я попросил вас поработать над образами, у вас возникло мимолетное чувство, что я, возможно, пытаюсь разоблачить или унизить вас.

ДЭНИЕЛ: Да.

Д-Р ЯНГ: И вы тогда смогли преодолеть это и сказать себе: "Нет, это для моего же блага", но все еще остается какая-то часть вас…

ДЭНИЕЛ: Да.

Д-Р ЯНГ: И это то, с чем вам приходится иметь дело ежедневно, когда вы встречаетесь с женщинами или просто общаетесь с людьми. Эта сторона вашей личности, обусловленная схемой, уже через несколько секунд начинает не доверять собеседнику и чувствует себя контролируемой, и вы не всегда знаете, как на это реагировать.

ДЭНИЕЛ: Да.

Этот отрывок представляет собой хороший пример того, как психотерапевт может использовать терапевтические отношения для информирования пациентов в отношении их схем. Кроме того, следует отметить, что д-р Янг специально спросил пациента о том, были ли задействованы его схемы в терапевтических отношениях. Пациент не затронул бы эту тему без прямого вопроса от психотерапевта.

Каждой схеме свойственно определенное типичное поведение во время сеанса. Например, пациенты со схемой Привилегированности/Грандиозности могут требовать для себя дополнительного времени или особого расписания сеансов; пациенты, обладающие схемой Самопожертвования, могут пытаться проявлять заботу о психотерапевте; пациенты, обладающие схемой Жестких стандартов/Придирчивости, могут критиковать психотерапевта за незначительные ошибки. Поведение пациента в общении с психотерапевтом позволяет выдвигать гипотезы о его взаимоотношениях со значимыми другими. Те же схемы и режимы функционирования схем, которые пациент демонстрирует с психотерапевтом, возникают, вероятно, и в его отношениях с людьми вне сеансов психотерапии.

Оценка потребностей клиента в замещающем родительстве

Еще одна задача, с которой сталкивается психотерапевт на этапе оценки и обучения, — это оценка потребностей пациента в замещающем родительстве. На протяжении всего курса лечения психотерапевт будет использовать терапевтические отношения как частичное "противоядие" от схем пациента. Такое замещающее родительство обеспечивает "корректирующий эмоциональный опыт" (*Alexander & French, 1946*), необходимый для противодействия ранним дезадаптивным схемам пациента.

Психотерапевт использует различные источники информации для выяснения потребностей пациента в родительстве: история его детства, сообщения о трудностях в межличностном общении, опросники, упражнения по работе с воображением. Иногда самым ценным источником информации становится поведение пациента в терапевтических отношениях. Все, что проливает свет на схемы и режимы пациента, дает психотерапевту подсказки о его потребностях в перевоспитании.

Пример из практики

Жасмин — молодая женщина, которая начинает курс психотерапии, но опасается "попасть в зависимость" от психотерапевта. Она говорит своему психотерапевту, что недавно начала учиться в колледже и что привыкла принимать решения, не полагаясь на своих родителей или на кого-либо еще. Она не хочет менять это. В первые несколько недель терапии становится очевидным, что базовой схемой Жасмин является

Эмоциональная депривированность, которая сформировалась в детстве при взаимодействии с эмоционально холодными родителями, стыдившими ее, если она обращалась за помощью. "Они ожидали, что я сама справлюсь со своими проблемами", — говорит она. Наставничество — это именно то, что Жасмин нужно от психотерапевта, и это одна из ее неудовлетворенных эмоциональных потребностей. Для Жасмин предполагает предоставление ей некоторых советов, которых она никогда не получала от родителей в детстве. Распознание схемы Эмоциональной депривированности помогает психотерапевту понять, какая форма родительства ей необходима. (Одним из препятствий на пути к перевоспитанию Жасмин будет ее сопротивление в принятии заботы и поддержки, поскольку она усвоила, что делать это стыдно).

Если бы психотерапевт Жасмин поверил ей на слово и рассматривал ее проблему как проблему сохранения независимости, то он, вероятно, воздержался бы от предоставления столь необходимой ей поддержки. Жасмин не была излишне зависимой. Скорее, ей никогда не позволяли быть достаточно зависимой. Эмоционально она всегда была одинока. Перевоспитывая пациентку в соответствии с ее базовой ранней дезадаптивной схемой, психотерапевт смог помочь ей понять, что потребность в зависимости является абсолютно нормальной, и что установление автономии должно быть постепенным процессом.

Качества идеального психотерапевта в схема-терапии

Ключевой характеристикой идеального схема-терапевта является гибкость. Поскольку необходимый тип замещающего родительства зависит от уникальной истории детства каждого пациента, психотерапевты должны корректировать свои стили работы в соответствии с эмоциональными потребностями каждого клиента. Например, в зависимости от схем пациента, психотерапевт может сосредоточиться на создании доверительных отношений, обеспечении стабильности, эмоциональной заботе, поощрении независимости или прощении. Психотерапевт должен быть способен обеспечить в терапевтических отношениях то, что является частичным "противоядием" от базовой ранней дезадаптивной схемы пациента.

Подобно хорошему родителю, схема-терапевт способен частично удовлетворить — в рамках терапевтических отношений — базовые эмоциональные потребности пациента, которые были описаны в главе 1: 1) потребность в надежной привязанности; 2) потребность в автономности и компетентности; 3) потребность в свободном выражении своих потребностей и эмоций; 4) потребность в спонтанности и игре; 5) потребность в реалистичных границах. Цель состоит в том, чтобы пациент интернализировал режим Здорового взрослого, смоделированную с помощью психотерапевта, которая дает возможность бороться со схемами и поддерживать здоровое поведение.

Пример из практики

Лили 52 года; ее дети уже выросли и покинули родительский дом. У нее присутствует схема Эмоциональной депривированности. В детстве у нее ни с кем не было эмоциональной связи. Она предпочитала учиться или играть на скрипке, а не общаться с людьми. У нее было мало друзей, и они были не особенно ей близки. Лили замужем

за Джозефом уже 30 лет. Она потеряла интерес к своему браку и проводит большую часть времени дома в одиночестве, с книгами и музыкой. На этапе оценки схемы Лили и психотерапевт сходятся во мнении, что ее основной схемой является Эмоциональная депривированность, а основным режимом — избегание.

По прошествии нескольких недель Лили начинает испытывать сексуальное влечение к своему психотерапевту. Она теперь осознает, насколько пуста ее жизнь в эмоциональном плане. Ее больше не радует перспектива проводить дни в одиночестве, за чтением и музыкой, и она начинает хотеть большего. Лили испытывает тревогу и чувство стыда по поводу своих новых потребностей и пытается справиться с этим, дистанцируясь от психотерапевта во время сеансов. Психотерапевт замечает, как она отдаляется и соблюдает дистанцию в общении. Он предполагает, что терапевтические отношения выступили в роли триггера ее схемы Эмоциональной депривированности, и что пациентка справилась с ней путем избегания схемы. Уже имеющаяся информация о базовой схеме и об основной копинговой стратегии Лили указывает психотерапевту путь к пониманию сути проблемы.

Психотерапевт указывает Лили на изменения в ее поведении и помогает ей исследовать их. Хотя она не в состоянии говорить вслух о своих сексуальных желаниях, она может сказать, что испытывает желание заботиться о психотерапевте, что заставляет ее чувствовать себя некомфортно. Она давно ни о ком не заботилась. Психотерапевт просит Лили закрыть глаза и связать этот дискомфорт с ситуацией в прошлом, когда у нее возникало подобное чувство. Она связывает это чувство сначала со своим мужем на ранних этапах их брака, а затем со своим отцом, когда она была ребенком. Она вспоминает, как возвращалась из школы домой и увидела, как маленький мальчик бежит к ожидающему его с распростертыми объятиями отцу. В этот момент ей отчаянно захотелось сделать то же самое со своим отцом, но тот всегда был сдержан и холоден в плане проявления эмоций. Лили помнит, что в тот день она вернулась домой, закрылась в своей комнате и провела остаток дня, играя на скрипке.

Психотерапевт помогает Лили увидеть ее обусловленные схемой искажения во взгляде на терапевтические отношения. В отличие от ее отца, психотерапевт приветствует желание Лили проявлять заботу (когда она выражается уместным образом и в рамках терапевтических отношений). В терапевтических отношениях ей разрешено заботиться и хотеть заботы; психотерапевт не отвергнет ее за это. Лили разрешено говорить о своих чувствах напрямую, поэтому ей не нужно закрываться в себе и дистанцироваться от психотерапевта. Хотя такого рода общение было невозможно с ее отцом, оно возможно с психотерапевтом и, косвенно, с другими людьми. (Мы призываем пациентов озвучивать свои сексуальные чувства к психотерапевту, хотя в то же время осторожно, не отвергая, указываем на то, что подобные чувства невозможно реализовать в отношении психотерапевта. Мы подчеркиваем, что пациент со временем будет способен поделиться подобными чувствами с другим человеком из своей жизни, который сможет ответить на них взаимностью.)

Когда во время сеанса пациент демонстрирует поведение, отражающее гиперкомпенсацию, психотерапевт реагирует объективно и адекватно, используя эмпатическую конфронтацию. Психотерапевт выражает понимание причин, по которым пациент ведет себя подобным образом, но указывает на последствия такого поведения для

терапевтических отношений и для жизни пациента вне сеансов психотерапии. Следующий пример иллюстрирует этот процесс.

Пример из практики

Джеффри 41 год. Он обратился к психотерапевту, потому что его подруга Джози, с которой они были вместе в течение 10 лет, бросила его. Он понимает, что на этот раз не сможет вернуть ее. Во время их отношений Джеффри неоднократно изменял Джози. Когда Джози узнавала об этом и хотела расстаться с ним, он просил прощения, обещал измениться, и она прощала его. Но на этот раз Джози все-таки ушла, а Джеффри впал в глубокую депрессию.

У Джеффри есть нарциссическое расстройство личности, которое более подробно обсуждается в главе 10. Его базовая схема — Дефектности/Стыдливости, а основная копинговая стратегия — гиперкомпенсация схемы. В своих отношениях с женщинами Джеффри гиперкомпенсирует чувство неполноценности с помощью секса с новыми партнершами. Несмотря на то, что он очень любит Джози, он не смог отказаться от измен (основной источник нарциссического удовлетворения).

В терапевтических отношения Джеффри занимается гиперкомпенсацией и сердится всякий раз, когда психотерапевт вызывает у него чувство уязвимости. Ему неудобно быть уязвимым рядом с психотерапевтом вследствие влияния схемы Дефективности/Стыдливости: уязвимость заставляет его испытывать сильный психологический дискомфорт и чувство стыда. На одном из сеансов Джеффри рассказывает об инциденте из детства, касающемся его эмоционально отвергающей матери (с которой Джеффри в данный момент не поддерживает общение). Психотерапевт комментирует, что, основываясь на этом инциденте, кажется, что Джеффри любил свою мать, хотя и был зол на нее в детстве. Джеффри набрасывается на психотерапевта, называя его "маменькиным сынком". Психотерапевт слегка подается вперед и серьезным тоном спрашивает Джеффри, почему тот так на него набросился. Что он подразумевал под этим? Когда Джеффри отрицает, что за этой вспышкой гнева скрываются какие-либо чувства, психотерапевт выдвигает предположение о том, что Джеффри, возможно, почувствовал себя уязвимым. "Я понимаю, — говорит психотерапевт. — В детстве вы любили свою маму. Я тоже любил свою маму в детстве. Для детей естественно любить своих матерей. Это не признак слабости или неадекватности". Психотерапевт сообщает, что Джефри не должен чувствовать себя хуже кого-то, в том числе хуже психотерапевта, за то, что он любил свою мать. Затем психотерапевт сообщает, что гиперкомпенсация Джеффри, набрасывающегося с оскорблениями на психотерапевта, приводит к тому, что психотерапевт хочет отстраниться от Джеффри, вместо того чтобы обеспечить его столь необходимым пониманием.

Схема-терапевты принимают на себя и "контейнируют" сильные эмоции пациента — включая панику, ярость и горе, — и предоставляют в ответ необходимую валидацию. У них есть реалистичные ожидания относительно пациента. Они могут устанавливать границы в отношении своего поведения и поведения пациента. Они могут надлежащим образом справляться с терапевтическими кризисами. Они могут придерживаться необходимых границ во взаимодействии с пациентом, не слишком приближаясь, но и не слишком отдаляясь от него.

Еще одна задача психотерапевта на этапе оценки — определить, могут ли его собственные схемы или копинговые стратегии оказать негативное влияние на терапевтические отношения.

Собственные схемы и режимы психотерапевта

Тед приходит на свой первый сеанс психотерапии и говорит, что ему нужна помощь в его карьере (он работает брокером в финансовом районе города). Тед хочет развить в себе самодисциплину и умение сосредоточиваться, которые, по его мнению, необходимы для успеха. Тед дружелюбен и разговорчив. Он рассказывает забавные истории из своей жизни. Он делает комплименты психотерапевту и не обижается даже тогда, когда психотерапевт дважды неправильно произносит его фамилию. Психотерапевт чувствует, что это "перебор": Тед чересчур дружелюбный, чересчур разговорчивый, чересчур приветливый. (Это ощущение "перебора" часто является признаком поведения гиперкомпенсации схемы.) Вместо того чтобы чувствовать по отношению к Теду симпатию и расположение, как этого можно было бы ожидать в общении с дружелюбным человеком, психотерапевт испытывает противоположные чувства. Психотерапевт предполагает, что под маской чересчур любезного стиля общения Теда таится ранняя дезадаптивная схема. По прошествии недели становится ясно, что гипотеза психотерапевта верна. За дружелюбием Теда скрываются неуверенность и одиночество. У него присутствует схема Социальной Отчужденности, которую он гиперкомпенсирует "гипердружелюбием".

Реакция психотерапевта на поведение пациента может стать ценным ресурсом при оценке схем пациента. Тем не менее, психотерапевты должны быть в состоянии отличить свою интуицию в отношении пациента от запуска собственных схем. На ранних этапах терапии важно, чтобы психотерапевты осознавали свои собственные схемы по отношению к каждому пациенту. Знание собственных схем и копинговых стратегий может помочь психотерапевтам избежать ошибок. Психотерапевты могут задавать себе ключевые вопросы о пациенте. Действительно ли психотерапевт заботится о пациенте? Если нет, то почему? Запускает ли пациент определенные схемы психотерапевта? Какие? Как справится с этим психотерапевт? Делает ли психотерапевт что-то потенциально опасное для пациента? Как психотерапевт будет относиться к работе с воображением пациента? Как психотерапевт будет относиться к таким эмоциям пациента, как паника, гнев и горе? Может ли психотерапевт эмпатически противостоять схемам пациента по мере их проявления? Может ли психотерапевт обеспечить замещающее родительство, в котором нуждается пациент?

На следующих страницах мы приводим несколько вариантов сценариев, в которых схемы психотерапевта оказывают негативное влияние на терапевтические отношения. Каждый пример иллюстрируется одним или несколькими примерами из практики.

1. *Схемы пациента противоречат схемам психотерапевта.* Риск состоит в том, что схемы пациента могут конфликтовать со схемами психотерапевта таким образом, что они будут провоцировать друг друга, образуя замкнутый круг. Вот несколько примеров столкновений между схемами психотерапевта и пациента.

Пример из практики

У Мэдди присутствует базовая схема Эмоциональной депривированности. Она справляется со схемой, становясь чрезмерно требовательной, т.е. гиперкомпенсирует одну схему другой — схемой Привилегированности/Грандиозности.

Мэдди начинает работу с психотерапевтом-мужчиной, обладающим схемой Покорности. Мэдди — пациентка, требовательная во многих отношениях. Она часто звонит психотерапевту между сеансами, меняет время сеансов и вообще требует к себе особого подхода. Психотерапевт соглашается с ее требованиями, его схема Покорности мешает ему установить границы. Внутренне он испытывает нарастающее чувство недовольства. На сеансах с Мэдди он отдаляется и замыкается (применяя копинговую стратегию избегания схемы). Это дополнительно запускает схему Эмоциональной депривированности Мэдди, и она становится еще более требовательной; схема Покорности психотерапевта повторно активируется в результате взаимного запуска схем, способных разрушить их терапевтический союз.

Если психотерапевт признает, что его схема Подчинения запускается на сеансах с Мэдди и мешает ему реагировать адекватным образом, он сможет работать над исправлением проблемы. Он сможет установить соответствующие границы и превратить свою дезадаптивную копинговую стратегию в избегание в эмпатическую конфронтацию. Он может сказать Мэдди, что понимает, что она чувствует себя эмоционально обделенной в отношениях с ним, как это было у нее в детстве; тем не менее, способ, которым она выражает свои чувства, производит эффект, противоположный желаемому. Психотерапевту становится все труднее и труднее проявлять заботу, в которой нуждается Мэдди.

Пример из практики

У пожилого пациента по имени Кеннет присутствует схема Жестких стандартов/Придирчивости, а его психотерапевт-женщина имеет схему Дефективности/Стыдливости (которая образовалась в результате взаимоотношений с критикующим отцом в детстве). Когда психотерапевт совершает даже небольшую ошибку, Кеннет обесценивает ее работу: "Я очень разочарован в вас", — произносит он, запуская тем самым ее схему Дефективности/Стыдливости и заставляя краснеть.

В зависимости от копинговой стратегии психотерапевта в этот момент эффективность ее работы ухудшается вследствие капитуляции перед схемой, ее избегания или гиперкомпенсации. Она либо ругает сама себя (капитуляция), либо уходит от проблемы, меняя тему разговора (избегание схемы), либо занимает оборонительную позицию и обвиняет других (гиперкомпенсация схемы). Заметим, что любой из этих видов "неидеального" поведения еще больше провоцирует схему Жестких стандартов/Придирчивости Кеннета, заставляя его еще сильнее унижать ее, — и порочный круг замыкается. В конце концов, убедившись в якобы некомпетентности психотерапевта, Кеннет прекращает свой курс психотерапии.

Пример из практики

Алана, молодая пациентка, приступает к работе с психотерапевтом — пожилой женщиной. У Аланы присутствует схема Недоверия/Ожидания жестокого обращения, которая сформировалась в детстве в результате контактов с дядей, подвергавшим ее сексуальному насилию. Ее основная копинговая стратегия — капитуляция: в общении она постоянно выступает в роли жертвы. У ее психотерапевта присутствует схема Покорности, а основная копинговая стратегия — гиперкомпенсация. Она доминирует над пациентами, чтобы совладать с ощущением собственной подконтрольности в других сферах жизни, таких как брак и семья.

По мере достижения прогресса в лечении, Алана играет все более и более пассивную роль, а психотерапевт все чаще и чаще начинает доминировать над ней. Психотерапевт получает удовольствие от контроля над Аланой, а Алана, которая никогда не училась сопротивляться, подчиняется всему, чего требует от нее психотерапевт. Психотерапевт неосознанно использует Алану, чтобы ослабить собственное чувство подчиненности, в конечном счете, подкрепляя у Аланы схему Недоверия/Ожидания жестокого обращения.

В терапевтических отношениях возникают многочисленные вариации столкновения схем. У пациент может присутствовать схема Зависимости/Беспомощности, а у психотерапевта — схема Самопожертвования. Психотерапевт делает слишком много для пациента, тем самым подкрепляя его зависимость. Или же у пациента может быть схема обреченности на неудачу, а у психотерапевта — схема Жестких стандартов/Придирчивости. Психотерапевт имеет нереалистичные ожидания относительно того, что пациент должен выполнить, выражает нетерпение и подкрепляет комплекс неудачника у пациента. Или пациент может принять навязчивую и контролирующую копинговую стратегию, чтобы гиперкомпенсировать свою базовую схему Негативизма/Пессимизма, тогда как у психотерапевта присутствует схема Недостаточности самоконтроля. Психотерапевт выглядит дезорганизованным и импульсивным, заставляя пациента беспокоиться. Пациент в итоге покидает терапию, будучи еще более подавленным.

2. ***Потребности пациента не соответствуют схемам психотерапевта или его копинговым стратегиям.*** У пациента могут быть потребности, которые психотерапевт неспособен удовлетворить. Из-за особенностей собственных схем и копинговых стратегий психотерапевт не в состоянии предоставить пациенту необходимый вид замещающего родительства. (Зачастую психотерапевт напоминает родителя, который изначально сформировал схему у пациента.) Вот несколько примеров.

Пример из практики

Нил обращается к психотерапевту, чтобы разобраться с депрессией и семейными проблемами. Хотя это не сразу становится очевидным, базовой для Нила является схема Эмоциональной депривированности, основанная на событиях детства, когда он взаимодействовал с пренебрегающими, занятыми только собой родителями, а затем на его браке с женщиной, увлеченной лишь собственной персоной. Эта эмоциональная

депривированность удерживает Нила в депрессии. С точки зрения ограниченного родительства Нил нуждается в заботе и сочувствии психотерапевта.

К сожалению, у его психотерапевта имеется схема Подавления эмоций, и он не может дать Нилу то эмоциональное тепло, в котором тот нуждается. По мере терапевтического прогресса Нил, который теперь лишен эмоциональной связи и с психотерапевтом, становится еще более подавленным, и его депрессия усиливается.

Пример из практики

У Эдварда присутствует схема Зависимости/Беспомощности. Вместо того чтобы поступить в колледж шесть лет назад, сразу после окончания школы, Эдвард пошел работать на своего властного отца, который владеет успешным бизнесом в сфере производства текстиля. Его отец принимает все решения и, как только Эдвард начал работать на него, стал оказывать на личную жизнь сына еще больше влияния.

Эдвард обращается к психотерапевту, чтобы получить помощь и справиться со своим хроническим беспокойством. Даже небольшие решения, которые ему приходится принимать самому, мучают его. Столкнувшись с необходимостью принимать решение, он оцепеневает от тревоги и обычно стремится смягчить ее, посоветовавшись с отцом.

С точки зрения замещающего родительства, Эдварду необходим психотерапевт, который будет способствовать постепенному повышению уровня его автономии. Однако у психотерапевта присутствует схема Запутанности/Неразвитой идентичности, и он излишне вовлечен в их общение. Заканчивается все тем, что Эдвард перестает обращаться за помощью к отцу, однако вместо этого становится зависимым от психотерапевта.

Пример из практики

У Макса присутствует схема Недостаточности Самоконтроля. Он обратился к психотерапевту, потому что эта схема сдерживает его карьеру журналиста. Поскольку у него нет фиксированного рабочего дня, у Макса возникают проблемы с завершением своих статей. Ему нужен психотерапевт, который будет вступать с ним в эмпатическую конфронтацию и выстраивать четкую структуру их работы.

Макс начинает терапию с психотерапевтом-женщиной, у которой присутствует схема Покорности в отношении мужчин, основанная на событиях детства, связанных со строгим отцом. Когда она делала что-то “плохое” в детстве, отец часто выходил из себя от гнева. Как и в случае с отцом, в работе с Максом психотерапевт придерживается стиля избегания. Когда Макс не справляется с домашними заданиями или отвлекается от трудных занятий, она молчит. Руководимая стремлением избежать конфликта, она не в состоянии противостоять ему и установить границы. Она не может предоставить структуру, в которой нуждается пациент, и, таким образом, подкрепляет, а не излечивает его схему.

3. *Чрезмерная идентификация вследствие пересечения схем пациента и психотерапевта.* Если пациент и психотерапевт обладают одной и той же схемой, психотерапевт может излишне идентифицировать себя с пациентом и утратить объективность. Психотерапевт “объединяется” с пациентом, подкрепляя схему последнего.

Пример из практики

У Ричи, пациента, и у его психотерапевта-женщины присутствует схема Покинутости/Нестабильности. Родители Ричи развелись, когда ему было пять лет. Он остался с отцом, а мать отдалилась от него. Ричи обратился к психотерапевту после того, как его бросила девушка. Он переживает сильную депрессию и страдает от панических атак.

Психотерапевт Ричи потеряла мать в 12 лет — та погибла в автокатастрофе. Когда Ричи говорит о потере своей матери, психотерапевта переполняет горе. Она становится слишком вовлеченной в его жизнь и не может установить границы. Она говорит, что пациент может звонить ей в любое время дня и ночи, если почувствует себя подавленным. Каждую неделю она часами разговаривает с ним по телефону. Когда пациент интерпретирует незначительные расставания с друзьями как то, что его все бросили, она не пытается распознать его когнитивные искажения, а соглашается с ними, не поощряя провести проверку реальности. Она поддерживает его дезадаптивную реакцию, а не способствует изменениям к лучшему.

Самопожертвование — пожалуй, самая распространенная схема среди психотерапевтов. При работе с пациентами, у которых присутствует та же схема, психотерапевты должны быть осторожны, чтобы не вступать в "сговор" со схемами пациентов. Таким психотерапевтам нужно прикладывать целенаправленные усилия, чтобы смоделировать соответствующий уровень принятия и отдачи, — не делать слишком много для пациентов и не требовать слишком многого от них. Жесткие стандарты/Придирчивость — еще одна схема, распространенная среди психотерапевтов. При лечении пациентов с такой же схемой, психотерапевты должны сознательно устанавливать разумные ожидания — как для себя, так и для своих пациентов с перфекционизмом.

4. *Эмоции пациента провоцируют у психотерапевта избегающее поведение.* Иногда интенсивность эмоций пациента подавляет психотерапевта и побуждает его к избеганию. Психотерапевт психологически отдаляется или меняет тему беседы, либо иным образом сообщает пациенту, что иметь сильные эмоции недопустимо.

Пример из практики

Лея приходит на психотерапию после смерти отца. Она сообщает психотерапевту, что была "гордостью и радостью" отца, и что он был единственным, кто ее любил. Лея чувствует себя обессиленной и раздавленной этой потерей. Она взяла отпуск на работе и проводила ночи за выпивкой в барах, а днем спала или смотрела телевизор. После смерти отца она занималась сексом с несколькими мужчинами, каждый раз будучи при этом пьяной в стельку. Во время некоторых из этих свиданий у нее случалось помутнение сознания, поэтому она толком не помнит, что происходило.

Психотерапевт Леи — мужчина со схемой Самопожертвования. Психотерапевт добавил встречи с Леей в свой и без того переполненный график работы с пациентами. Кроме того, он выполняет почти всю работу по дому, делает покупки и готовит еду для своей беременной жены. Столкнувшись с сильным горем Леи и огромным количеством ее эмоциональных потребностей, он чувствует себя подавленным. Он слишком истощен, чтобы работать с ней. У него эмоциональное выгорание. Будучи не в

состоянии выносить проблемы Леи, он игнорирует ее. Он отказывает ей в потребности выразить боль. Чувствуя, что психотерапевт не заботится о ней, Лея бросает терапию спустя несколько месяцев.

Пример из практики

Хансу 55 лет. Он только что потерял работу руководителя в небольшой корпорации. Хотя он ежегодно зарабатывал сотни тысяч долларов в течение трех лет, пока занимал эту должность, у него нет никаких сбережений. Более того, он в долгах. С работы его уволили, поскольку его главная проблема — управление гневом. У Ханса присутствует схема Дефективности/Стыдливости, и всякий раз, когда он чувствует критику со стороны, он гиперкомпенсирует это, делая громкие и резкие замечания. Поскольку он часто видит пренебрежительное отношение к себе там, где его нет, то почти все, с кем он взаимодействует, становятся жертвами его саркастических и оскорбительных комментариев.

Ханс обратился к психотерапевту, чтобы получить помощь в преодолении гнева по поводу увольнения и начать поиск новой работы. На сеансах он выдает тирады, касающиеся событий, которые привели к его увольнению, и людей, которые якобы предали его, сговорившись против него. Его гнев кажется безграничным.

Проходит время, а он все еще не может успокоиться и заняться поисками работы, злится на психотерапевта. На сессиях он выражает ярость в адрес психотерапевта, поскольку тот не помогает ему. Психотерапевт, имея схему Покорности, не может противостоять гневу Ханса и занимает оборонительную позицию. Чем больше психотерапевт обороняется, тем сильнее злится Ханс.

Когда пациент уязвим или часто злится, психотерапевт рискует быть вовлеченным в избегающее поведение. Особенно это справедливо для пациентов с ПРЛ, интенсивных эмоций и суицидальных наклонностей которых психотерапевт зачастую не может вынести. Психотерапевт дистанцируется от пациента, провоцируя у него схему Покинутости/Нестабильности, и, таким образом, еще более усиливает интенсивность его эмоций, замыкая порочный круг, который быстро может перерасти в кризис. Этот вопрос мы будем обсуждать подробнее в главе 9.

5. *Пациент запускает схемы психотерапевта, а тот гиперкомпенсирует их*. Когда эмоции пациента тревожат психотерапевта, некоторые психотерапевты прибегают к гиперкомпенсации. Например, когда пациенты с ПРЛ очень эмоциональны или склонны к суицидальному поведению, некоторые психотерапевты начинают избегать их или отдаляться, как было описано в случае выше. Однако психотерапевты, которые склонны к гиперкомпенсации, могут нанести ответный удар. Они сердятся на пациента; бросаются на него с упреками и обвинениями. Эти пациенты нуждаются в знаке, что психотерапевт действительно заботится о них, и такой знак почти всегда успокаивает их. Ни избегающий, ни гиперкомпенсирующий психотерапевт не дают пациентам с ПРЛ того, в чем они нуждаются во время кризиса, и обе стороны имеют тенденцию реагировать таким образом, который лишь усугубляет ситуацию.

Пример из практики

Виктор, пациент, и его психотерапевт обладают схемами Дефективности/Стыдливости, и оба проявляют тенденцию к гиперкомпенсации в случае предполагаемой атаки. Виктор начинает лечение с рассказа о детстве, которое было "чистым блаженством", а родители его "полностью поддерживали". Однако в образах детства Виктор вспоминает, что поддержка отца была неискренней, и что он никогда по-настоящему не радовал отца. "Мой отец хотел, чтобы я был, как он. Но спорт был моим самым слабым местом. Я хорошо учился в школе, у меня были отличные оценки, но все это не имело значения для моего отца".

Виктор спрашивает психотерапевта, был ли он хорошим спортсменом в старшей школе. Психотерапевт, испытывая зависть к тому, что Виктор был лучшим, чем он, учеником, не может не похвастаться своей спортивной репутацией. Он говорит Виктору, что был чемпионом штата по борьбе. Чувствуя себя подавленным, Виктор делает пренебрежительное замечание о "качках", а психотерапевт враждебно комментирует "ревность" Виктора. Таким образом, вместо исцеления пациента от чувства неполноценности, психотерапевт подкрепляет его.

Если у пациента присутствует схема Привилегированности/Грандиозности, а у психотерапевта — схема Самопожертвования, психотерапевт может оказывать слишком большую дополнительную поддержку в течение длительного времени, а затем, когда пациент потребует особого отношения, внезапно гиперкомпенсировать схему, в гневе набросившись на пациента.

6. *Пациент запускает у психотерапевта дисфункциональный родительский режим.* Пациент ведет себя, как "плохой" ребенок, запуская у психотерапевта режим Критикующего родителя. Психотерапевт отчитывает пациента, как ругающий его родитель.

Пример из практики

Дэн обращается к психотерапевту, потому что его успеваемость в колледже становится все хуже и хуже. После завершения этапа оценки, Дэн и его психотерапевт (женщина) приходят к выводу, что у него присутствует схема Недостаточности самоконтроля. Психотерапевт дает Дэну домашние задания на самоконтроль, но он не выполняет их. Психотерапевт дает задание одно за другим с целью укрепить дисциплину Дэна, но у него ничего не получается. Психотерапевт, у которой присутствует схема Дефективности/Стыдливости, начинает чувствовать свою несостоятельность. Она гиперкомпенсирует, принимая на себя роль Наказывающего родителя. Она утрачивает эмпатию и наказывает Дэна, как это делали его родители в детстве (и мы могли бы добавить, что и ее родители так делали, когда она была ребенком). Дэн чувствует себя плохо, потому что ему не удается выполнять домашние задания или соблюдать договоренности. Чувствуя себя наказанным и не получив желаемого результата, Дэн прекращает свой курс психотерапии.

Пример из практики

У Ланы схема Дефективности/Стыдливости. Она обращается к психотерапевту, потому что, будучи успешной актрисой, чувствует себя бесполезной и нелюбимой. К сожалению, у ее психотерапевта присутствует схема Жестких стандартов/придирчивости. Как и отец Ланы в детстве, он начинает играть роль Требовательного родителя. Он устанавливает для нее все более и более высокие стандарты. Лана посещает терапию в течение многих лет, стремясь стать "достаточно хорошей", чтобы заслужить его принятие.

7. *Пациент удовлетворяет потребности психотерапевта, обусловленные схемой.* Психотерапевты, не отслеживающие собственные схемы, могут неумышленно эксплуатировать пациентов. Вместо того чтобы сосредоточиться на благополучии пациента, такие психотерапевты непреднамеренно используют пациентов, чтобы удовлетворить собственные эмоциональные потребности.

Пример из практики

Психотерапевт-женщина обладает схемой Эмоциональной депривированности (еще одна схема, распространенная среди психотерапевтов). На протяжении всей своей жизни она получала мало заботы. Один из способов, с помощью которого она борется со схемой, — забота о других людях в ходе своей работы с ними. Таким образом, она символически заботится о собственном внутреннем ребенке.

У пациентки Марсии присутствует схема Самопожертвования. Она обращается к психотерапевту, потому что страдает от депрессии и не знает, почему. Становится очевидным, что Марсия настолько заботится о членах своей семьи, особенно о матери, что у нее остается совсем мало времени на себя.

Как и большинство людей со схемами Самопожертвования, Марсия эмпатична, самоотверженна и заботлива. Она замечает, когда психотерапевт выглядит утомленной или грустной. Несмотря на то, что ей о многом хочется рассказать, она подавляет свои потребности и спрашивает психотерапевта, что у нее не так. Вместо того чтобы указывать на то, что должна делать Марсия, психотерапевт отвечает ей, рассказывая о своих проблемах. Марсия отзывчива. Со временем психотерапевт все больше и больше позволяет ей заботиться о себе. Рядом с еще одним человеком, о котором нужно заботиться, Марсия становится еще более подавленной.

Существует бесконечное количество вариантов взаимодействия схем в терапевтических отношениях. Представьте себе пациентку со схемой Запутанности/Неразвитой идентичности, которая "сливается" с психотерапевтом, обладающим схемой Социальной отчужденности, настолько нуждающимся в близости, что не может помочь пациентке стать отдельной личностью. Или рассмотрим пациента, ищущего принятия, который стремится угодить и часто делает комплименты психотерапевту. А у такого психотерапевта присутствует схема Дефективности/Стыдливости или Зависимости/Беспомощности, которая реагирует на похвалу очевидным удовольствием. К сожалению, положительная реакция психотерапевта на поведение пациента только подкрепляет его.

8. *Схемы психотерапевта срабатывают, когда пациенту не удается достичь "достаточного прогресса"*. Часто психотерапевты со схемами Дефективности/Стыдливости, Неуспешности или Зависимости/Беспомощности неправильно реагируют на пациентов, которые не достигают терапевтического прогресса. Такие психотерапевты выражают свой гнев или нетерпение по отношению к пациенту, подкрепляя, таким образом, его схемы.

Пример из практики

Психотерапевт-мужчина занимается лечением Бет, молодой пациентки с ПРЛ, которая подавлена из-за отношений со своим парнем Карлосом. Бет одержима Карлосом. Когда отношения только начинались, Бет и Карлос были неразлучны. Постепенно Карлос начал хотеть больше "личного пространства", а Бет впала в отчаяние. Она стала навязчивой и контролирующей, расстраивалась всякий раз, когда Карлос хотел сделать что-то без нее и требовал, чтобы она считалась с его правом на личное время и личное пространство. К тому времени, когда она начала терапию, стало ясно, что Карлос хочет разорвать отношения, но Бет не отпускала его. Она неоднократно звонила ему — плакала, обещала измениться, умоляла его пересмотреть свое отношение. Карлос откровенно поговорил с ней, но наотрез отказался вернуться к ней и начал встречаться с другими женщинами.

У психотерапевта присутствует схема Зависимости/Беспомощности. Он нервно пытается помочь Бет "отпустить" ее парня. Он указывает на то, что ее попытки удержать Карлоса саморазрушительны, и Бет соглашается. Он обучает ее техникам остановки мыслей и переключения внимания, чтобы она применяла их в тех случаях, когда становится одержима Карлосом. Он помогает ей определить альтернативные занятия, когда ей хочется позвонить Карлосу. Однако что бы психотерапевт ни делал, ничего не меняется — Бет все так же одержима Карлосом и все еще звонит ему и умоляет вернуться. Психотерапевт начинает чувствовать свою несостоятельность и обиду. Когда Бет выражает чувство безнадежности, он обвиняет ее. Он намекает, что она не хочет выздоравливать. Когда она говорит о звонке Карлосу, психотерапевт ругает ее. В конечном итоге Бет чувствует, что недостаточно хороша для Карлоса — и недостаточно хороша для психотерапевта.

Психотерапевты со схемами Дефективности/Стыдливости, Неуспешности или Зависимости/Беспомощности могут реагировать на отсутствие у пациента прогресса деструктивными способами. Психотерапевты с копинговой стратегией капитуляции могут казаться встревоженными и неуверенными, что подрывает веру пациента в терапию. Психотерапевт, склонный к поведению избегания, может предложить пациенту подыскать себе другого, более подходящего специалиста.

9. *Когда у пациента кризисы, такие как повышенный уровень суицидального поведения, срабатывают схемы психотерапевта.* Кризисы подразумевают высокую вероятность запуска схем психотерапевта. Они проверяют способность психотерапевта к конструктивному совладанию.

Пример из практики

У психотерапевта-женщины присутствует схема Покорности, основанная на взаимоотношениях с контролирующей матерью в детстве. Начиная с раннего детства, мать угрожала бросить ее, если та будет "плохой". Быть "плохой" означало не делать того, чего требовала мать.

К этому психотерапевту обратилась пациентка по имени Джессика. Джессика дает противоречивые описания своего детства: в один момент она говорит, что ее дядя и тетя позволяли себе непристойное поведение по отношению к ней и ее младшему брату; в другой момент она говорит, что этого никогда не было. Парень Джессики злоупотребляет алкоголем и кокаином. Когда он пьян, то пропадает, часто на несколько дней. В последний раз, когда это произошло, Джессика намеренно порезала себе лодыжки бритвой.

Спустя несколько недель после начала лечения парень назначает Джессике свидание, но не является на него. Джессика идет домой, снова наносит себе порезы на лодыжках и звонит психотерапевту, разбудив ее. "Как он мог так со мной поступить?" — вопит Джессика в телефонную трубку. Она рассказывает психотерапевту, что порезала себе лодыжки. Вместо проявления сочувствия, психотерапевт приходит в ярость. Она думает, что Джессика пытается манипулировать ею и контролировать ее, как это делала ее собственная мать. "Ты поступаешь неуважительно по отношению ко мне!" — провозглашает психотерапевт в ответ, повергая Джессику в панику.

Чтобы эффективно регулировать кризисы, психотерапевт должен оставаться эмпатичным и объективным, а не становиться критичным и наказывающим. (Мы обсудим управление острым суицидальным поведением и другими кризисами в главе 9.)

10. *Психотерапевт постоянно завидует пациенту.* Если психотерапевт нарциссичен, то может завидовать пациенту. В таких случаях пациент имеет доступ к источникам удовлетворения, которых никогда не было у психотерапевта, таким как красота, богатство или успех. Или, как в следующем примере, пациент удовлетворяет в своей жизни одну из неудовлетворенных потребностей психотерапевта.

Пример из практики

Пациентке Джейд 19 лет. Она приходит к психотерапевту, потому что ее мать умирает от рака. На первый сеанс ее приводит отец. Очевидно, что отец любит ее. Джейд мягкая и милая. Она рассказывает психотерапевту о своей умирающей матери и плачет.

Психотерапевт-женщина говорит Джейд, что поможет ей справиться с переживаниями по поводу болезни матери. Но, несмотря на эти добрые слова, она завидует Джейд. Психотерапевт выросла в состоянии почти полной эмоциональной депривированности. Несмотря на то что мать Джейд умирает, девочка все еще получает намного больше, чем сама психотерапевт. Психотерапевт особенно завидует отношениям Джейд с ее отцом. Отец Джейд — это тот отец, о котором всегда мечтала психотерапевт: любящий и добрый, совсем не такой, как ее неприступный отец. Таким образом, завидуя

Джейд, психотерапевт не может по-настоящему проявлять заботу, быть открытой и сочувствующей. Чувствуя, что что-то не так, Джейд вскоре бросает терапию.

Зависть может побудить психотерапевта сосредоточиться на соответствующей информации и вести себя ревниво (капитуляция), избегать разговоров о действительно важных вещах (избегание схемы) или пытаться "паразитировать" на пациенте (гиперкомпенсация схемы).

Психотерапевты должны стремиться осознать свои собственные ограничения. Когда пациенты запускают их ранние дезадаптивные схемы, они должны решить, смогут ли справиться с ожидаемыми проблемами и продолжить вести себя терапевтически и профессионально. Психотерапевты могут использовать техники схема-терапии для решения проблемы — самостоятельно или с помощью супервизора. Они могут проводить диалоги между схемой и здоровой стороной своей личности. О чем говорит схема-сторона на сеансах с этим пациентом? Какая схема направляет действия психотерапевта? Как здоровая сторона — "хороший психотерапевт" — реагирует на происходящее? Кроме того, психотерапевт может использовать эмпирические техники для исследования и устранения проблем. Например, психотерапевт может вспомнить момент, когда во время сеанса сработали его собственные схемы. Когда в детстве психотерапевт чувствовал себя так же? О чем говорит Уязвимый Ребенок из предоставленного воображением образа? Как отвечает Здоровый Взрослый? Психотерапевт может вести диалоги между своими режимами. Наконец, психотерапевт может практиковать разрушение поведенческих паттернов. Вместо того чтобы проигрывать с пациентом свои неадекватные копинговые стратегии, психотерапевт может определить для себя домашнее задание, которое предусматривает применение принципов эмпатической конфронтации и замещающего родительства.

Если есть проблемы, которые не могут быть решены путем консультации или супервизии, психотерапевт должен рассмотреть вопрос о перенаправлении пациента к другому психотерапевту.

Роль терапевтических отношений в процессе информирования пациента

Психотерапевт адаптирует обучающие материалы в соответствии с личностью пациента. Одни пациенты хотят учиться как можно больше, в то время как другие, как правило, склонны чувствовать себя перегруженными. Одни хотят читать книги, а другие предпочитают учебные фильмы и ролевую игру. Одни хотят показывать психотерапевту фотографии из своего детства, а другие делают это неохотно. Тем не менее терапевтические отношения играют важную роль в информировании почти всех пациентов насчет их схем и копинговых стратегий. Для пациентов полезно учиться распознавать случаи активации схемы прямо во время сеансов психотерапии. Такие наглядные примеры особенно поучительны. Мысли, чувства и поведение в текущий момент времени являются яркими и понятными, и быстрее воспринимаются пациентами благодаря наличию эмоций.

В соответствии с коллаборативным подходом, принятым в схема-терапии, психотерапевт объясняет пациенту, что при срабатывании его схем в терапевтических отношениях он будет намеренно применять эмпатическую конфронтацию. Кроме того, психотерапевт будет стараться не подкреплять дезадаптивные стили поведения пациента. Психотерапевт говорит об этом так, чтобы это воспринималось пациентом как проявление заботы.

Пример из практики

Брюс начинает курс терапии с психотерапевтом по имени Кэрри. У Брюса присутствует схема Недоверия/Ожидания жестокого обращения, основанная на его отношениях с жестоким старшим братом в детстве. Маленький Брюс был уязвимым — брат не упускал возможности поиздеваться над ним и унизить его. Теперь Брюс, чувствуя себя уязвимым на сеансе с Кэрри, начинает шутить. Он забавный и смешит Кэрри. Однако с течением времени Брюс все меньше проявляет свою уязвимость. Наконец Кэрри говорит ему, что она постарается больше не смеяться над его шутками во время сеансов, потому что с их помощью он старается избежать работы над важным материалом. Хотя ей нравятся его шутки и она понимает, как трудно ему переживать свою уязвимость, она также знает, что уязвимый ребенок в нем заслуживает возможности высказаться.

Пример из практики

52-летний пациент по имени Клиффорд приходит на свой первый сеанс психотерапии. Он говорит, что хочет, чтобы психотерапевт восстановил его уверенность в себе, чтобы он мог добиться еще больших успехов в карьере. В ходе беседы выясняется, что Клиффорд потерял самые важные отношения — со своей женой, детьми, братьями и сестрами, своим лучшим другом, — но роль агрессивного оптимиста, которую он взял на себя, не позволяет ему осознать эти потери. Эд, психотерапевт, пытается переосмыслить проблему, включив в нее межличностные отношения, но Клиффорд отказывается. "Я плачу тебе деньги, — говорит он. — И я выбираю, о чем мы будем говорить". На втором сеансе Эд снова поднимает вопрос межличностных отношений, включая примеры того, как Клиффорд обращался с ним на первом сеансе. Эд говорит пациенту прямо: "Хотя вы полагаете, что у вас есть проблема с уверенностью в себе, на самом деле у вас есть более глубокая проблема. Она называется нарциссизмом и мешает вам сблизиться с людьми и узнать о своих истинных эмоциях". Для этого конкретного пациента в самом деле полезно было услышать из уст психотерапевта диагностический термин "нарциссизм". Так, Клиффорд сообщил, что другие психотерапевты отказывались работать с ним, даже не объясняя причины. (Однако для более чувствительных пациентов озвученный диагноз может стать уничижительным и даже вредным воздействием.)

Позже Эд счел необходимым сказать Клиффорду, что он не собирается позволять ему тратить время сеанса на рассказы о своих карьерных достижениях. Он понимал, что сфера достижений была важна для Клиффорда, но поскольку основным фокусом внимания в их терапии были близкие отношения, такое самоутверждение вряд ли было бы продуктивным использованием времени сеанса.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ НА ЭТАПЕ ИЗМЕНЕНИЯ

На этапе изменения психотерапевт продолжает сталкиваться в терапевтических отношениях с ранними дезадаптивными схемами и копинговыми стратегиями пациента. Эмпатическая конфронтация и замещающее родительство — два основных способа, с помощью которых терапевтические отношения могут способствовать положительным изменениям.

Эмпатическая конфронтация (или эмпатическая проверка реальности)

Эмпатическая конфронтация — это терапевтическая позиция, предлагаемая в рамках схема-терапии. Психотерапевт занимает эту позицию на протяжении всего этапа изменения, чтобы способствовать психологическому росту пациента. Однако эмпатическая конфронтация не является техникой; скорее, это подход к пациенту, предполагающий настоящую эмоциональную связь между пациентом и психотерапевтом. В своем подходе к работе психотерапевт должен проявлять искреннюю заботу о пациенте.

Применяя эмпатическую конфронтацию, психотерапевт сопереживает пациенту и противостоит схеме. Психотерапевт выражает понимание причин, по которым у пациента возникла схема, и понимание того, насколько трудно ее изменить, одновременно подчеркивая важность этих изменений и стремясь оптимальным образом уравновесить эмпатию и конфронтацию, что позволяет пациенту измениться. Психотерапевт использует эмпатическую конфронтацию всякий раз, когда в контексте терапевтических отношений запускаются схемы пациента. Запуск схемы проявляется в чрезмерных реакциях пациента, неправильных интерпретациях и в невербальном поведении.

Первым шагом является предоставление пациентам возможности свободно высказывать свою "правду". Психотерапевт поощряет пациентов высказывать свою точку зрения, полностью разделяя их мысли и чувства. Чтобы помочь пациенту, психотерапевт задает ему вопросы. О чем пациент думает и что чувствует? Что пациент хочет сделать? Какие действия психотерапевта спровоцировали схему? Что это за схема? Кто еще заставляет пациента чувствовать себя подобным образом? Кто раньше заставлял пациента так себя чувствовать? Что случалось? С кем пациент чувствовал себя так же в детстве? Психотерапевт может использовать техники визуализации, чтобы помочь пациенту связать инцидент с событиями из его прошлого.

Затем психотерапевт сопереживает пациенту, учитывая его в*и*дение ситуации, и признает правдивую составляющую точки зрения пациента. Если это уместно, психотерапевт приносит извинения за все сказанное и сделанное, что было неприятным или неуместным с точки зрения пациента. Как только пациент чувствует, что его понимают и принимают, психотерапевт переходит к проверке реальности. Психотерапевт вступает в конфронтацию с изъянами точки зрения пациента, используя логику и фактические данные. Психотерапевт предлагает альтернативную интерпретацию, зачастую рассказывая о своем отношении к их взаимодействию. Психотерапевт и пациент совместно оценивают реакцию пациента на терапевтическую ситуацию. Обычно

этот процесс представляет собой крупицу истины в сочетании с многочисленными искажениями, спровоцированными схемой.

Пример из практики

Лизетт — 26-летняя женщина, которая обратилась к психотерапевту после расставания с парнем. Ее базовая схема — Эмоциональная депривированность, возникшая в детстве при взаимодействии с состоятельными, но эмоционально недосягаемыми родителями. Отец и мать часто путешествовали, оставляя девочку с нянями или в интернате. Лизетт вспоминает, как однажды бросилась за родителями вниз по лестнице, умоляя, чтобы они не уезжали в путешествие. Во время сеанса Лизетт чувствует, что психотерапевт не понимает, о чем она говорит. Это запускает ее схему Эмоциональной депривированности, и она выражает психотерапевту свое недовольство. "Вам меня не понять", — бросает она в ярости.

Психотерапевт использует эмпатическую конфронтацию. Во-первых, психотерапевт помогает Лизетт выразить свое мнение о том, что только что произошло. Лизетт говорит психотерапевту о своем гневе и о том, что за ним кроется боязнь быть непонятой психотерапевтом. В глубине души Лизетт боится, что она всегда будет одинока. Психотерапевт выражает понимание причины, по которой Лизетт испытывает такие чувства, и просит прощения за неправильную интерпретацию. Как только Лизетт поняла, что ее услышали, они приступают к проверке реальности. Психотерапевт действительно в какой-то момент не понял слова Лизетт в полной мере, но большую часть времени психотерапевт ее понимает и искренне заботится. Однако когда Лизетт охватывает гнев, она отталкивает психотерапевта, не давая ему возможности предоставить ей то, в чем она нуждается.

При использовании эмпатической конфронтации в контексте терапевтических отношений, психотерапевты могут рассказывать пациенту о себе, — если это уместно и если это может оказаться полезным для лечения. Они делятся своими мыслями и чувствами по поводу их взаимодействия, если считают, что это сможет принести пациенту пользу. Если пациент приписал психотерапевту ложные суждения, мотивы или эмоции, то психотерапевт может прямо сказать об этом пациенту.

Например, на сеанс приходит молодая женщина. У нее присутствует схема Покинутости/Нестабильности, и она задает психотерапевту вопрос: "Моя потребность в вас слишком навязчива? Вы собираетесь прекратить наши встречи, потому что я слишком нуждаюсь в вас?" Психотерапевт отвечает прямо: "Нет, вы не кажетесь слишком навязчивой. Я так не чувствую". Психотерапевт использует терапевтические отношения, чтобы противостоять схеме. (Конечно, психотерапевт говорит об этом только в том случае, если это правда.) Таким образом, психотерапевт уверяет пациентку, что это нормальное проявление ее потребностей.

Вот другой пример. Молодой человек со схемой Дефективности/Стыдливости говорит своему психотерапевту: "Члены моей семьи считают меня эгоистом. Вы тоже считаете меня эгоистом?" Психотерапевт правдиво отвечает: "Нет, я не считаю вас эгоистом. Я считаю, что вы достаточно отзывчивы". Таким образом, искренний и личный ответ психотерапевта обеспечивает частичное "противоядие" от схем пациента.

Пример из практики

Билл — пациент со схемой обреченности на неудачу. Он обратился к психотерапевту, чтобы получить возможность развить свою карьеру в качестве корпоративного менеджера, поскольку его продвижение идет не так успешно, как он надеялся. В конце первого сеанса Элиот, его психотерапевт, дает Биллу домашнее задание по заполнению Схемного опросника Янга. Билл приходит на следующий сеанс с невыполненным заданием. Он входит в кабинет с воинственным видом, сердито расхаживая туда-сюда и оправдываясь.

Элиот ждет, пока Билл достаточно успокоится, чтобы принять участие в обсуждении. Они анализируют то, что только что произошло. "Я думал, вы будете кричать на меня", — объясняет Билл. Затем Элиот исследует источники происхождения этого ожидания в детстве Билла и его влияние на работу Билла. Билл вырос на ферме, и в детстве отец жестоко наказывал его за недостаточно быстрое выполнение обязанностей. (У Билла также присутствует схема Пунитивности.) Психотерапевт сочувствует детским переживаниям Билла, поскольку за его резкостью скрывается Уязвимый ребенок, который боится потерпеть неудачу и быть наказанным. Затем Элиот помогает Биллу проследить влияние схем на его ситуацию с карьерой. Оказывается, что у Билла есть история противостояния с коллегами и руководством, что препятствует его карьерному росту. Как только Билл осознает свои базовые схемы (Неуспешности и Пунитивности) и свою дезадаптивную копинговую стратегию (он гиперкомпенсирует, практикуя агрессивное поведение), Элиот переходит к проверке реальности. Он рассказывает о последствиях агрессивного поведения Билла: когда Билл вел себя подобным образом, Элиоту хотелось дистанцироваться от него.

Анализируя свои схемы по мере их естественной активизации в терапевтических отношениях, пациенты получают представление о том, как они запечатлевают свои схемы и готовятся к встрече с трудностями в жизни вне терапии. Психотерапевты могут предвидеть активацию схемы и могут научить пациентов делать то же самое. Можно легко предсказать, что уход психотерапевта в отпуск запускает у пациента схему Покинутости/Нестабильности. Такое знание позволяет психотерапевту заблаговременно устранить страхи пациента и помочь ему развить здоровую реакцию. Например, психотерапевт и пациент могут составить карточку напоминания, чтобы пациент мог перечитывать ее в отсутствие психотерапевта.

Аналогичным образом, можно предположить, что пациент со схемой Покорности будет неохотно следовать указаниям психотерапевта. Психотерапевт может подготовиться к этой ситуации и дать пациенту рекомендации, а не указания, по таким вопросам как упражнения во время сеанса и домашние задания. Вместо того чтобы инструктировать пациента, психотерапевт предоставляет ему выбор — предлагает самостоятельно выбрать упражнение или домашнее задание.

Замещающее родительство на этапе изменения

Замещающее родительство особенно важно для пациентов, обладающих схемами из домена Нарушения связи и Отвержения, т.е. пациентов, которые подверглись жестокому обращению, оставлению, эмоциональной депривированности или отвержению в

детстве. Чем тяжелее травма, тем более важен аспект перевоспитания в терапии. Тем не менее пациенты со схемами из других доменов также получают пользу от замещающего родительства. В случае с такими пациентами замещающее родительство сосредоточено на вопросах автономности, реалистичных ограничений, самовыражения, взаимности и спонтанности.

Родительство является ограниченным в том смысле, что психотерапевт восполняет упущенные эмоциональные переживания в рамках этических и профессиональных границ. На самом деле психотерапевт не пытается ни стать родителем для пациента, ни регрессировать пациента обратно к детской зависимости. Скорее, замещающее родительство — это последовательное взаимодействие с пациентом, предназначенное для лечения некоторых ранних дезадаптивных схем его поведения.

Чтобы подобрать стиль родительства для конкретного пациента, психотерапевт должен принимать во внимание стадию развития, на которой находится пациент. У пациентов с ПРЛ есть большее количество детских потребностей. Утратив константность объекта, они часто нуждаются в дополнительном контакте между сеансами — в формате встреч или телефонных разговоров. Психотерапевты должны уравновесить потребности пациента с собственными границами и смоделировать установление здоровых границ. Мы обсудим вопрос об установлении границ в главе 9.

Подобно эмпатической конфронтации, замещающее родительство включает в себя самораскрытие со стороны психотерапевта — предоставление им информации о собственных чувствах. Чтобы быть полезным, самораскрытие должно быть искренним и правдивым. Например, похвала, адресованная пациенту со схемой Дефективности/Стыдливости, — это уместная составляющая перевоспитания, но только в том случае, если она основана на реальных положительных качествах пациента, которые психотерапевт адекватно оценивает. Иногда, в случае с враждебными и негативно настроенными пациентами, психотерапевту трудно найти положительные качества. В таких случаях схеме может противодействовать утверждение, передающее понимание. Например, подобное утверждение для недоверчивого пациента может звучать так: "Когда вы чувствуете себя в безопасности, вы позволяете мне приблизиться к вам". Таким образом, психотерапевт признает, насколько трудно пациенту сближаться с людьми, но представляет осторожность пациента как форму избегания, а не как его истинное "Я".

Другой тип самораскрытия психотерапевта — это прямой ответ на вопросы пациента, если они не носят слишком личный характер. Например, пациентка со схемой Недоверия/Ожидания жестокого обращения хочет узнать о ведении записей психотерапевтом. Психотерапевт отвечает на ее вопросы прямо, не подвергая их интерпретации и не задавая дополнительных вопросов. Замещающее родительство в этом случае подразумевает прямой ответ на вопрос пациентки.

В другом случае пациентка со схемой Дефективности/Стыдливости замечает, что в кабинете психотерапевта есть весы, и спрашивает об их назначении. Психотерапевт отвечает, что занимается лечением пациентов с расстройствами пищевого поведения. Вместо того чтобы взвешиваться ежедневно (или по нескольку раз в день), эти пациенты согласились взвешиваться только на еженедельных терапевтических сеансах. Пациентка отвечает: "О, а я думала, вы хотели этим намекнуть мне, что я толстая". Прямой ответ психотерапевта повышает уровень доверия пациента. Психотерапевт избегает косвенных, негативных реплик.

Напротив, в случае с пациентами со схемой Зависимости/Беспомощности они, как правило, хотят знать мнение психотерапевта о том, когда смогут самостоятельно принимать важные для себя решения. В таких случаях психотерапевт сочетает замещающее родительство с эмпатической конфронтацией и мягко отказывается отвечать на этот вопрос. Психотерапевт, например, говорит: "Я знаю, что вы испытываете тревогу при необходимости принимать самостоятельные решения. Ваша схема Зависимости/Беспомощности мешает вам пытаться разобраться в определенных вещах, но вы можете это сделать. Вместо того чтобы говорить вам, что делать, я поддержу вас, чтобы вы сами нашли для себя ответ".

Для психотерапевтов важно помнить, что их работа не состоит в том, чтобы избегать активации схем пациента в терапевтических отношениях. Прежде всего, этого практически невозможно избежать, особенно при работе с сенситивными пациентами. Задача психотерапевта — работать над схемами, когда они запускаются. Вместо того чтобы минимизировать важность происходящего, психотерапевт использует активацию схем как возможность максимизировать потенциал психологического роста пациента.

Замещающее родительство переплетается с работой над переживаниями, особенно при проработке образов. Когда психотерапевт вводит образ Здорового взрослого пациента и позволяет ему говорить вслух о том, в чем тот нуждался, но не получал от родителей в детстве, он занимается перевоспитанием. Психотерапевт говорит пациентам, что родители могли бы вести себя по-другому, и тогда у них не сформировались бы эти схемы. В детстве у них были неудовлетворенные потребности, и другие родители могли бы их удовлетворить. Сначала моделируя образ Здорового взрослого, а затем поощряя пациента выступать от его имени, психотерапевт учит пациента перевоспитывать своего внутреннего ребенка.

Мы разработали конкретные стратегии замещающего родительства для каждой ранней дезадаптивной схемы. В стратегиях учитываются копинговые стратегии, обычно характерные для схемы. Стратегии замещающего родительства призваны обеспечить частичное "противоядие" от схемы в рамках терапевтических отношений.

1. *Схема Покинутости/Нестабильности.* Психотерапевт становится временным источником стабильности для переходного периода, со временем помогая пациенту найти другие стабильные отношения вне терапии. Психотерапевт исправляет искажения восприятия относительно возможности его отказа от пациента. Психотерапевт помогает пациенту принять возможность того, что психотерапевт уйдет в отпуск или будет временно недоступен, не прибегая к саморазрушительному поведению.
2. *Схема Недоверия/Ожидания жестокого обращения.* Психотерапевт полностью честен и искренен с пациентом, демонстрирует, что ему можно доверять. Психотерапевт регулярно задает вопросы о доверии и близости, обсуждает любые негативные чувства, которые пациент испытывает по отношению к психотерапевту. Психотерапевт расспрашивает пациента о его чувстве настороженности на сессиях. Чтобы укрепить доверие пациента, при необходимости психотерапевт не форсирует работу над переживаниями, очень осторожно работая над травматическими воспоминаниями.

3. *Схема Эмоциональной депривированности.* Психотерапевт обеспечивает атмосферу заботы, теплую, насыщенную сочувствием, эмпатией и готовностью поддержать. Психотерапевт побуждает пациентов озвучивать то, в чем они нуждаются на эмоциональном уровне, и чувствовать, что у них есть право на эмоциональные потребности. Психотерапевт помогает пациенту выражать свои чувства, не набрасываясь на него и не пытаясь оборвать его рассказ на полуслове. Он помогает пациенту принять границы психотерапевта и научиться быть толерантным к депривированности в некоторой степени, в то же время принимая перевоспитание.
4. *Схема Дефективности/Стыдливости.* Психотерапевт принимает переживания пациента и не осуждает его. Психотерапевт заботится о пациенте, несмотря на его недостатки. Психотерапевт не стремится быть идеальным, разделяя с пациентом его незначительные слабости. Психотерапевт как можно чаще делает комплименты пациенту, стараясь, чтобы они звучали искренне.
5. *Схема Социальной отчужденности.* Психотерапевт подчеркивает то, в чем они с пациентом похожи, и то, в чем они отличаются, но не противоречат друг другу.
6. *Схема Зависимости/Беспомощности.* Психотерапевт противостоит попыткам пациентов взять на себя роль зависимой стороны в их отношениях. Он призывает пациентов принимать собственные решения. Психотерапевт хвалит пациента за его правильные суждения и прогресс.
7. *Схема Уязвимости.* Психотерапевт препятствует попыткам пациента получить от него уверения в безопасности окружающего мира. Психотерапевт выражает спокойную уверенность в способности пациента справляться с фобическими ситуациями и страхами.
8. *Схема Запутанности/Неразвитой идентичности.* Психотерапевт помогает пациенту, устанавливая адекватные границы, которые не являются ни слишком близкими, ни слишком отдаленными. Психотерапевт призывает пациента развивать свое чувство собственного "Я".
9. *Схема Неуспешности.* Психотерапевт поддерживает успехи пациента в работе или учебе. Психотерапевт обеспечивает необходимую структуру и устанавливает границы.
10. *Схема Привилегированности/Грандиозности.* Психотерапевт поддерживает уязвимую сторону личности пациента, не подкрепляя при этом сторону, наделенную "особыми правами". Психотерапевт вступает в эмпатическую конфронтацию с особыми правами пациента и устанавливает границы. Психотерапевт поддерживает эмоциональную связь, не делая акцента на статусе или власти.
11. *Схема Недостаточности самоконтроля.* Психотерапевт устанавливает четкие границы. Психотерапевт моделирует адекватный самоконтроль и самодисциплину, поощряет пациентов к постепенному развитию этих способностей.
12. *Схема Покорности.* Психотерапевт дает пациенту скорее рекомендации, чем четкие инструкции. Он побуждает пациентов делать выбор в отношении терапевтических целей, терапевтических методов и домашних заданий. Психотерапевт объясняет разницу между уважительным и неадекватным поведением

пациента, помогает пациенту распознать гнев, излить его, а затем научиться выражать его соответствующим образом.

13. *Схема Самопожертвования.* Психотерапевты помогают пациентам устанавливать адекватные границы и отстаивать свои права и потребности. Психотерапевт призывает пациента полагаться на него, тем самым валидируя его потребность в зависимости. Психотерапевт отговаривает пациента от заботы о нем, указывая на этот паттерн посредством эмпатической конфронтации.
14. *Схема Поиска одобрения.* Психотерапевт подчеркивает, что личность пациента и его внутренний мир важнее, чем его "внешние" достижения, такие как статус, красота или богатство.
15. *Схема Негативизма/Пессимизма.* Психотерапевт старается не брать на себя роль здоровой стороны в противовес к негативной стороне пациента. Скорее, психотерапевт просит пациента самостоятельно сыграть как положительную, так и отрицательную роли. Психотерапевт моделирует здоровый оптимизм.
16. *Схема Подавления эмоций.* Психотерапевт призывает пациента к спонтанному выражению эмоций на сеансах. Психотерапевт моделирует адекватные способы выражения эмоций.
17. *Схема Жестких стандартов/Придирчивости.* В своем подходе к терапии и собственной жизни, психотерапевты моделируют реалистичные, сбалансированные стандарты. Вместо того чтобы поддерживать атмосферу непрерывной серьезности, психотерапевты хвалят пациентов за элементы игры в работе. Психотерапевты подчеркивают ценность терапевтических отношений, а не достижения цели, и поощряют неидеальное поведение.
18. *Схема Пунитивности.* Психотерапевт занимает позицию всепрощения по отношению к пациенту и к самому себе, подчеркивая ситуации, когда пациент прощает других.

Для одного и того же поведения пациента, в зависимости от базовой схемы, со стороны психотерапевта требуются разные реакции. В качестве примера приведем следующий сценарий.

Молодая пациентка постоянно опаздывает на сеансы психотерапии (приходит, когда до окончания сеанса остается 10 минут).

Если у пациентки присутствует схема Недоверия/Ожидания жестокого обращения и она опаздывает, поскольку боится, что психотерапевт собирается над ней издеваться, то замещающее родительство предполагает сопереживание обиженному ребенку и оказание ему помощи, чтобы помочь ему почувствовать себя в безопасности. Психотерапевт может сказать: "Я знаю, что вам трудно приходить на наши сеансы, и это означает, что вы меня боитесь. Я также знаю, что есть причина, по которой вы чувствуете себя таким образом. Она состоит в том, что люди, которым вы доверяли в детстве, были жестоки с вами. Я рад, что вы все-таки находите в себе силы прийти, и я надеюсь, что постепенно вы будете все больше доверять мне и сможете приходить к началу сеанса".

Если у пациентки присутствует схема Покинутости/Нестабильности и она опаздывает, поскольку боится привязаться к психотерапевту, а потом потерять его, то

замещающее родительство предполагает заверение покинутого ребенка в стабильности терапевтических отношений. Психотерапевт может сказать: "Я знаю, что вы думаете, будто я на вас злюсь из-за опоздания. Я хочу, чтобы вы знали, что я не злюсь, а понимаю, что на то есть причина, связанная с вашим детством. Даже когда вы опаздываете, я чувствую связь с вами".

Если у пациентки присутствует схема Эмоциональной депривированности и она опаздывает в результате гиперкомпенсации, то замещающее родительство состоит в сопереживании депривированному ребенку, который потерял возможность получить полноценную поддержку в течение полноценного сеанса (и при этом настаивает на своевременном завершении сеанса, без его продления). Психотерапевт может сказать: "Я сожалею, что вы опоздали, и что мы проведем вместе так мало времени. Я хочу дать вам возможность выразить свои чувства по этому поводу. Давайте проведем остаток сеанса, обсуждая это".

Если у пациентки присутствует схема Дефективности/Стыдливости и она опаздывает, поскольку боится, что психотерапевт увидит ее настоящей и станет презирать, то замещающее родительство должно быть направлено на сочувствие отвергнутому ребенку, подчеркивая при этом, что принятие психотерапевта не зависит от опозданий. Психотерапевт может сказать: "Я хочу поблагодарить вас за то, что вы пришли, хотя вам это и нелегко далось. Для меня важно, чтобы вы знали, что я принимаю вас и ценю наши отношения, даже когда вы опаздываете".

Если у пациентки присутствует схема Неуспешности и она опаздывает, поскольку уверена, что потерпит неудачу и в терапии, то замещающее родительство предполагает сочувствие ее прогнозу неудачи наряду с оспариванием последствий такого поведения. Психотерапевт может сказать: "Я знаю, что вам трудно поверить, что терапия сработает, потому что многие вещи в прошлом заканчивались для вас неудачей. Но давайте посмотрим, что произойдет, если вы не придете вовремя, и сравним это с тем, что произойдет, если вы придете к назначенному времени".

Если у пациентки присутствует схема Зависимости/Беспомощности и она опаздывает, поскольку не может самостоятельно планировать время и ориентироваться в своих делах, то замещающее родительство предполагает развитие ее сильных сторон и обучение необходимым навыкам. Психотерапевт может сказать: "Давайте посмотрим, что вы сделали правильно, а в чем ошиблись, когда добирались сюда. Таким образом, мы сможем вместе спланировать, как вы доберетесь ко мне вовремя на следующей неделе".

Если у пациентки присутствует схема Самопожертвования, и она опаздывает, поскольку по пути на терапию ее отвлек знакомый, которому она не смогла объяснить, что спешит, то замещающее родительство будет направлено на негативные последствия самопожертвования и развитие навыков ассертивности. Психотерапевт может сказать: "Эта беседа стоила вам вашего сеанса психотерапии, и вы ничего не получили взамен. Давайте поговорим о том, как бы вы могли прервать разговор. Хотели бы вы провести работу с воображением по этой теме? Закройте глаза и представьте, как встречаетесь с другом, и как ваш разговор с ним затягивается".

Знание базовых схем пациента помогает психотерапевту подбирать наиболее эффективные способы замещающего родительства.

ИТОГИ

Терапевтические отношения являются важной составляющей оценки и изменения схемы. Две особенности терапевтических отношений являются наиболее знаковыми для схема-терапии: эмпатическая конфронтация и замещающее родительство. Эмпатическая конфронтация означает понимание схем пациента с одновременным признанием необходимости изменений. Замещающее родительство в некоторой степени компенсирует эмоциональные потребности пациента, которые не были удовлетворены в его детстве.

На этапе оценки схемы и информирования пациента терапевтические взаимоотношения являются эффективным средством оценки схем и обучения пациента. Психотерапевт устанавливает контакт, формулирует проблему, выбирает подходящий для пациента стиль замещающего родительства и определяет, могут ли его собственные схемы и копинговые стратегии препятствовать терапии.

Эмпатическая конфронтация и замещающее родительство смешиваются и чередуются в случае применения когнитивных и экспериенциальных техник, а также при разрушении поведенческих паттернов. Психотерапевты адаптируют свои стили родительства в соответствии со схемами и копинговыми стратегиями пациента. Осознание собственных схем и копинговых стратегий помогает психотерапевту выбрать наиболее уместный подход к замещающему родительству пациента.

Глава 7

ПОДРОБНЫЕ СТРАТЕГИИ РАБОТЫ ПО ТЕРАПИИ СХЕМ

В этой главе мы будем рассказывать о каждой из 18 схем по отдельности, в том числе о типичных проявлениях схемы, терапевтических целях, эффективных стратегиях, а также о специфических проблемах, связанных со схемой. Мы также представим конкретные терапевтические стратегии, включая когнитивные, экспериенциальные и поведенческие стратегии, и расскажем о важных аспектах терапевтических отношений.

Мы не стали включать в эту главу описание способов реализации стратегий, например как проводить диалоги при работе с воображением или разрабатывать упражнения по экспозиции. Мы предполагаем, что читатели уже усвоили эту информацию из предыдущих глав. Вместо этого мы опишем, как *адаптировать* терапевтические стратегии к каждой конкретной схеме.

ДОМЕН "НАРУШЕНИЕ СВЯЗИ И ОТВЕРЖЕНИЕ"

Схема Покинутости/Нестабильности

Типичные проявления схемы

Пациенты со схемой Покинутости/Нестабильности всегда ожидают, что потеряют самых близких людей. Они верят, что эти люди бросят их, заболеют и умрут, оставят их ради кого-то другого, поведут себя непредсказуемо или внезапно исчезнут по какой-либо причине. Поэтому они живут в постоянном страхе и всегда бдительны в отношении любого признака того, что кто-то собирается уйти из их жизни.

Типичными для этой схемы эмоциями являются хроническая тревога по поводу потери близких, грусть и депрессия, сопровождающие как реальную, так и предполагаемую потерю, и гнев по отношению к людям, которые их оставили. (При более интенсивных формах проявления схемы эти эмоции становятся ужасом, горем и яростью.) Некоторые пациенты расстраиваются, даже когда их покидают на короткие промежутки времени. Типичные виды поведения включают в себя сильную привязанность к значимым другим, собственническое отношение к ним и стремление контролировать их, обвинение значимых других в том, что те бросили их или отказались от них, ревность,

соперничество — все что угодно, чтобы избежать ухода близкого человека. Некоторые пациенты со схемой Покинутости/Нестабильности вообще избегают близких отношений, чтобы не испытать болезненных переживаний от ожидаемой ими неизбежной потери. (Один пациент с этой схемой на вопрос, почему он не сделает наконец предложение любимой женщине, ответил: "А что если она умрет?") В соответствии с процессом подкрепления схемы эти пациенты обычно выбирают нестабильных значимых других, таких как неверные или эмоционально недоступные партнеры, которые с большой вероятностью бросят их. Они испытывают сильное влечение к партнерам такого типа и теряют голову от своих чувств к ним.

Схема Покинутости/Нестабильности часто связана с другими схемами, например со схемой Покорности. Пациенты считают, что если не будут делать то, чего хочет другой человек, он откажется от них или покинет их. Эта схема также может быть связана со схемой Зависимости/Беспомощности. Пациенты считают, что если близкий человек уйдет, они не смогут самостоятельно функционировать в этом мире. Наконец, схема Покинутости/Нестабильности может быть связана со схемой Дефективности/Стыдливости. Пациенты полагают, что если другой человек узнает, насколько они далеки от совершенства, то непременно уйдет от них.

Терапевтические цели

Одна из терапевтических целей в случае схемы Покинутости/Нестабильности — помочь пациентам стать более реалистичными насчет стабильности отношений. Пациенты, которые успешно излечили свою схему Покинутости/Нестабильности, более не беспокоятся о возможном исчезновении значимых других. Говоря терминами теории объектных отношений, они научились интернализировать значимых других как стабильные объекты. Теперь у них гораздо меньше шансов преувеличить и неверно истолковать поведение окружающих как признак того, что их собираются бросить.

Их связанные схемы, как правило, также ослабляются при этом. Поскольку пациенты чувствуют себя менее подчиненными, зависимыми или дефектными, оставление пугает их не так сильно, как раньше. Они чувствуют себя более защищенными в своих отношениях, поэтому им не нужно цепляться за человека, контролировать его или манипулировать им. Они меньше злятся, выбирают значимых других, которые стабильны по отношению к ним, и больше не избегают близких отношений. Еще одним признаком улучшения ситуации с этой схемой является то, что пациенты могут оставаться в одиночестве в течение длительных периодов времени, не испытывая беспокойства или депрессии и не нуждаясь в немедленном контакте и связи с кем-либо.

Приоритетные стратегии в лечении

Чем серьезнее схема Покинутости/Нестабильности, тем важнее терапевтические отношения для успешного лечения. У пациентов с ПРЛ, как правило, схема Покинутости/Нестабильности является одной из базовых схем, и следовательно, терапевтические отношения являются основным источником исцеления. Согласно нашему подходу, психотерапевт становится некой временной родительской фигурой — надежной основой, опираясь на которую, пациент затем сможет выйти во внешний мир и

сформировать устойчивые связи. Во-первых, пациент учится преодолевать схемы в рамках терапевтических отношений, а затем переносит это умение на значимых других вне терапии. С помощью замещающего родительства психотерапевт обеспечивает пациенту стабильность, и пациент постепенно учится принимать психотерапевта как стабильный объект. Работа с режимами здесь имеет особое значение (см. главу 9). С помощью эмпатической конфронтации психотерапевт исправляет искаженное ощущение пациента о том, что психотерапевт постоянно собирается отказаться от него. Терапевт помогает пациенту принять уход психотерапевта, его отпуск или недоступность, не переходя к катастрофизации и чрезмерно интенсивным реакциям. Наконец, психотерапевт помогает пациенту найти кого-то, кто заменит психотерапевта как основную фигуру отношений — кого-то стабильного, кто не собирается покидать пациента. Таким образом, пациент не навсегда оказывается зависимым от психотерапевта как от стабильного объекта.

Когнитивные стратегии направлены на изменение преувеличенного представления пациента о возможном уходе, смерти окружающих или об их непредсказуемом поведении. Пациентов обучают пресекать свою привычку к катастрофизации по поводу временной сепарации от значимых других. Кроме того, когнитивные стратегии направлены на изменение нереалистичных ожиданий пациента относительно того, что значимые другие должны быть всегда доступны и во всем согласны с ним. Пациенты учатся признавать, что другие люди имеют право устанавливать собственные границы и иметь свое личное пространство. Когнитивные стратегии также направлены на ослабление навязчивого стремления пациента получать подтверждение того, что партнер все еще с ним. Наконец, когнитивные стратегии обращаются к когнициям, связанным с другими схемами, например, изменяя представление о том, что пациенты должны выполнять желания других, иначе те покинут их; что пациенты некомпетентны и нуждаются в людях, чтобы получать заботу от них; или что пациенты дефектны, и окружающие неизбежно обнаружат это и покинут их.

С точки зрения экспериенциальных стратегий пациенты заново переживают опыт детства, связанный с оставлением или нестабильностью. С помощью техник визуализации пациенты заново воспринимают образы покинувших их родителей или же нестабильных родителей, которые то участвовали в жизни ребенка, то отдалялись от него. Психотерапевт входит в образ и становится для ребенка стабильной фигурой. Психотерапевт выражает гнев по отношению к родителю, который действовал безответственно, и утешает покинутого ребенка; затем пациент входит в образ Здорового взрослого и делает то же самое. Они выражают гнев на родителя, который бросил их, и утешают покинутого ребенка. Таким образом, пациенты постепенно обретают способность самостоятельно выступать в образе своих Здоровых взрослых.

На поведенческом уровне пациенты сосредоточиваются на выборе партнеров, которые способны быть верными. Они также учатся переставать отталкивать партнеров своим излишне ревнивым, мелочным и контролирующим поведением. Они постепенно учатся нормально переносить одиночество. Противодействуя своей склонности к нестабильности, движимой схемой, они учатся быстро разрывать нестабильные отношения и более комфортно ощущать себя в стабильных отношениях. Они также исцеляются от связанных схем: не позволяют себя контролировать; учатся быть более компетентными в выполнении повседневных дел и чувствовать себя менее дефектными.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

В психотерапии часто возникает проблема оставления, когда психотерапевт инициирует сепарацию, — например, заканчивает сеанс, уходит в отпуск или переносит встречу. Схема срабатывает, и пациент пугается и злится. Эти ситуации предоставляют отличные возможности для дальнейшего прогресса в работе над схемой пациента. Психотерапевт помогает пациенту сделать это посредством эмпатической конфронтации: хотя психотерапевт понимает, почему пациент так напуган, в действительности психотерапевт по-прежнему связан с ним в периоды расставаний и собирается вернуться и вновь встретиться с ним.

Кроме того, пациенты со схемой Покинутости/Нестабильности могут быть чрезмерно уступчивыми в терапии, чтобы психотерапевт никогда не оставлял их. Они "хорошие пациенты", но это не искреннее поведение. Пациенты также могут подавлять психотерапевта, постоянно требуя от него поддержки или названивая ему между сеансами, чтобы не утратить их связь. Избегающие пациенты могут пропускать сеансы, неохотно посещать их и преждевременно бросать терапию, потому что не хотят слишком сильно привязываться к психотерапевту. Пациенты со схемой Покинутости/Нестабильности могут также постоянно испытывать психотерапевта, например, угрожая прекратить терапию или обвиняя его в желании побыстрее закончить работу. Мы подробно рассмотрим эти вопросы в главе 9, посвященной лечению пациентов с пограничным расстройством личности. Если говорить коротко, то для решения этой проблемы психотерапевт сочетает установление границ и эмпатическую конфронтацию.

Другой риск состоит в том, что пациенты со схемой Покинутости/Нестабильности могут сделать психотерапевта центральной фигурой в своей жизни, вместо того чтобы формировать стабильные связи с другими людьми. Пациент никогда не прекращает терапию, а просто продолжает позволять психотерапевту оставаться стабильной фигурой, с которой он всегда на связи. Ситуацию, когда пациент становится зависимым от психотерапевта, нельзя считать успешным завершением работы над схемой. Конечная цель психотерапии состоит в том, чтобы пациенты научились выстраивать отношения с людьми в своей жизни за пределами кабинета психотерапевта, — с людьми, которые могут удовлетворить их эмоциональные потребности.

Недоверие/Ожидание жестокого обращения

Типичные проявления схемы

Пациенты со схемой Недоверия/Ожидания жестокого обращения ожидают, что им будут лгать, манипулировать ими, обманывать или иным образом использовать их в своих интересах, а в самой крайней форме проявления схемы — что их будут пытаться унижать или наносить им вред. Такие пациенты никому не доверяют и не верят, что другие люди могут вести себя с ними честно и открыто, без скрытых корыстных мотивов. Они всегда настороженны и недоверчивы. Иногда они убеждены, что им намеренно хотят причинить боль. В лучшем случае они полагают, что все люди заботятся только о себе, не имея намерения причинить вред окружающим с целью заполучить желаемое, а в худшем — что люди злонамеренны, садистичны, получают удовольствие от

причинения вреда другим. В крайнем случае пациенты с этой схемой могут полагать, что все люди садисты, которые хотят издеваться над другими и подвергать их сексуальному насилию. (Исаак Башевис-Зингер так писал о Холокосте — массовом проявлении схемы Недоверия/Ожидания жестокого обращения — в своей книге *Shosha* (Шоша): "Мир — это бойня и бордель" (*Singer, 1978, p. 266*).)

Поэтому у пациентов с данной схемой присутствует тенденция к избеганию близости. Они не делятся своими сокровенными мыслями и чувствами, стараются не сближаться с людьми; в некоторых случаях в конечном итоге сами обманывают или оскорбляют других людей, будто бы действуя на упреждение ("Я обижу их раньше, чем они меня"). В целом типичное для этой схемы поведение включает в себя модели поведения жертвы и обидчика. Одни пациенты выбирают партнеров, подвергающих их насилию, позволяя себе быть физически, сексуально и эмоционально оскорбленными; другие пациенты могут сами жестоко относиться к людям. Некоторые пациенты становятся "спасателями" для других жертв или борются с теми, кого считают насильниками. Пациенты с такой схемой часто склонны к паранойе: они постоянно заняты проверками и сбором доказательств, чтобы определить, заслуживают ли другие люди доверия.

Терапевтические цели

Основная терапевтическая цель — помочь пациентам со схемой Недоверия/Ожидания жестокого обращения понять, что, хотя некоторые люди и не заслуживают доверия, многим стоит доверять. Мы учим их, что оптимальная стратегия — держаться как можно дальше от оскорбляющих людей, уметь постоять за себя в случае необходимости и окружить себя достойными доверия людьми.

Пациенты, которые избавились от схемы Недоверия/Ожидания жестокого обращения, научились отличать людей, которым можно доверять, от тех, кому доверять не стоит. Они узнали, что люди, достойные их доверия, не обязательно должны быть идеальными; они просто должны быть "достаточно надежными". (В таких случаях мы еще применяем термин "спектр доверия".) С такими надежными людьми пациенты учатся вести себя по-другому. Они готовы применять презумпцию невиновности, менее насторожены и подозрительны, перестают устраивать проверки и больше не обманывают других из-за ожидания быть обманутыми ими. С людьми, которые становятся их партнерами или близкими друзьями, пациенты ведут себя искренне и открыто. Они делятся многими секретами и не боятся уязвимости. Со временем они обнаруживают, что если вести себя открыто, то заслуживающие доверия люди, как правило, также будут хорошо к ним относиться.

Приоритетные стратегии в лечении

Когда мы имеем дело с жестоким обращением с детьми, терапевтические отношения имеют решающее значение для терапевтического успеха. В основе опыта столкновения с жестоким обращением в детстве лежат чувства ужаса, беспомощности и изоляции. В идеале психотерапевт предоставляет пациенту "противоядие" от этих чувств. В основе оптимального терапевтического опыта лежат чувства безопасности, расширения возможностей и воссоединения.

С пациентами, которые подверглись жестокому обращению в детстве, психотерапевт должен работать над созданием эмоциональной безопасности. Цель состоит в том, чтобы предоставить пациентам безопасное место, где они могли бы поделиться своей историей о жестоком обращении. Большинство пациентов, переживших насилие, крайне неоднозначно относятся к идее рассказа о случившемся. Одна часть личности пациента хочет обсудить произошедшее, тогда как другая его часть хочет это скрыть. Многие пациенты чередуют эти два состояния — так же, как чередуют чувства подавленности и оцепенения (типичная характеристика посттравматического стрессового расстройства). Мы надеемся, что к концу курса терапии большинство травмирующих пациента секретов будут раскрыты, рассмотрены и поняты. (Психотерапевт проявляет осторожность на протяжении всего процесса, чтобы избежать внушения или намеков на воспоминания о жестоком обращении в детстве, которого, возможно, у пациента в действительности никогда не было.)

На когнитивном уровне психотерапевт помогает снизить излишнюю бдительность пациентов в отношении жестокого обращения. Пациенты учатся распознавать спектр доверия. Кроме того, пациенты работают над тем, чтобы изменить собственное представление о себе как о бесполезном человеке, заслужившем жестокое отношение к себе (сочетание схем Недоверия/Ожидания жестокого обращения и Дефективности/Стыдливости). Они перестают оправдывать обидчика и брать чужую вину на себя.

В экспериенциальном плане пациенты с помощью работы с воображением заново переживают детские воспоминания о жестоком обращении. Поскольку это, как правило, весьма неприятный процесс, пациентам требуется много времени для подготовки к работе. Психотерапевт ждет, пока пациент будет полностью готов к работе с воображением. Выражение гнева имеет первостепенное значение в экспериенциальной работе. Для пациентов особенно важно выражать гнев в отношении людей, которые жестоко обращались с ними в детстве, а не постоянно перенаправлять его на людей из их нынешней жизни. Воспроизводя в воображении испытанное некогда жестокое обращение, пациенты выражают все эмоции, которые в свое время были подавлены. Психотерапевт принимает участие в работе с образами жестокого обращения, чтобы помочь пациенту противостоять обидчику, а также защищать и утешать его Обиженного ребенка. Это помогает пациенту относиться к психотерапевту как к надежному и заботливому человеку. В конце концов, пациент входит в образ Здорового взрослого и уже самостоятельно делает то же самое, противостоя правонарушителю и защищая, утешая режим ребенка. Пациенты также работают с воображением, чтобы найти безопасное место, подальше от обидчика. Этот образ безопасного места может быть взят из прошлого пациента или создан совместно психотерапевтом и пациентом, — например красивый пейзаж, залитый мягким солнечным светом. Наконец, пациенты представляют себя открытыми и искренними в отношениях со значимыми другими. В терапии соблюдается последовательность: сначала помочь пациентам провести четкое разграничение между людьми из прошлого, которые заслуживают гнева, и людьми из настоящего, которые его не заслуживают; затем помочь пациентам выразить на терапевтических сеансах гнев по отношению к людям из прошлого, заслуживающим этого, и при этом хорошо относиться к людям из нынешней жизни, не делающим пациенту ничего плохого.

На уровне поведения пациенты постепенно учатся доверять честным людям. Они повышают свой уровень близости со значимыми другими. При необходимости они делятся с партнером или близкими друзьями своими секретами и воспоминаниями о жестоком обращении. Они рассматривают возможность присоединиться к группе поддержки жертв насилия. Они выбирают не склонных к жестокому обращению партнеров. Пациенты пресекают собственную жестокость по отношению к окружающим и устанавливают свои границы при взаимодействии с жестокими людьми. Они менее склонны наказывать других людей за ошибки. Вместо того чтобы избегать отношений и оставаться в одиночестве или избегать близости, оставаясь эмоционально отдаленным от окружающих, пациенты позволяют людям стать ближе к ним. Они перестают собирать доказательства и вести учет того, что делают другие, чтобы якобы причинить им вред. Они перестают постоянно проверять окружающих в отношениях, чтобы понять, можно ли им доверять. Они перестают использовать людей в своих интересах, таким образом, побуждая их отвечать им тем же.

Много внимания уделяется близким отношениям пациента с другими людьми. Он учится доверять людям и вести себя более подходящим образом со значимыми другими, такими как партнеры, друзья и коллеги (конечно, при условии, что они действительно заслуживают доверия). Пациенты учатся делать более осознанный выбор — как в выборе партнеров, так и в целом в определении того, кому можно доверять вне терапии. Часто бывает полезным привлечь к терапии партнера пациента; это дает психотерапевту возможность привести наглядные примеры того, в чем пациент неправильно понимает партнера. Некоторые пациенты с этой схемой настолько очерствели, что действительно плохо относятся к другим людям. Такие пациенты нуждаются в психотерапевте, чтобы тот выступил в качестве модели нравственности и установления адекватных границ. Убедить пациента отказаться от жестокого обращения с другими — важная задача в работе над поведением.

С точки зрения терапевтических отношений психотерапевт старается быть максимально честным и искренним с пациентом. Он регулярно задает вопросы о проблемах доверия, обсуждая любые негативные чувства, которые пациент испытывает к психотерапевту. Психотерапевт продвигается медленно, откладывая экспериенциальную работу и в то же время создавая атмосферу достаточного доверия. Расширение возможностей пациента является основным принципом терапии этой схемы. Психотерапевт стремится вернуть пациенту ощущения своей силы, активности и возможностей, которые были сломлены жестоким обращением. Психотерапевт поощряет независимость и предоставляет пациенту больше контроля над ходом лечения.

Жестокое обращение рвет связи между человеком и окружающими. Человек будто вырван из мира нормальных человеческих отношений и брошен в ночной кошмар. Во время жестокого обращения жертва чувствует себя совершенно одинокой, а после него — отстраненной и отчужденной от других. Мир нынешних отношений кажется туманным и нереальным, тогда как воспоминания об отношениях с обидчиком предельно острые и четкие. (В своей книге *Под стеклянным колпаком* Сильвия Плат писала: "Для человека под стеклянным колпаком, бледного и обреченного на неподвижность, как мертвый младенец, дурным сном был весь мир"[1].) Психотерапевт выступает

---

[1] Пер. В.Л. Топорова.

посредником между жертвой насилия и остальной частью человечества: он служит сосудом, через который пациент воссоединяется с обычным миром. Устанавливая связь с психотерапевтом, пациент символически воссоединяется со всем человечеством.

Заимствуя термин у Алис Миллер, психотерапевт стремится стать "просвещенным свидетелем" переживаний пациента о жестоком обращении (*Miller, 1975*). Когда пациент рассказывает свою историю, психотерапевт внимательно слушает, демонстрируя участие и непредвзятость. Психотерапевт готов разделить с пациентом эмоциональное бремя травмы, какой бы она ни была. Порой психотерапевт должен становиться свидетелем уязвимости и дезинтеграции пациента в экстремальных условиях, его неспособности противостоять обидчику. Кроме того, большинство жертв насилия злоупотребляют нравственными сомнениями. Их преследуют чувства стыда и вины за то, что они делали и испытывали во время жестокого обращения с ними. Они хотят понять, несут ли они сами ответственность за произошедшее, и выработать справедливое нравственное суждение о своем поведении. Роль психотерапевта состоит не в том, чтобы давать ответы, а в том, чтобы предоставлять пациентам безопасное место для поиска собственных ответов (исправляя негативные искажения восприятия по мере необходимости).

С помощью замещающего родительства психотерапевт старается установить личную связь с пациентом. Вместо того чтобы относиться к пациенту с позиции профессионального, но равнодушного эксперта, он остается реальным человеком, который заботится о пациенте, и которому пациент может доверять. Тот факт, что психотерапевт стремится к тесной эмоциональной связи с пациентом, не означает, что психотерапевт выходит за рамки терапевтических отношений. Скорее, границы отношений предоставляют психотерапевту и пациенту безопасное место для работы в терапевтическом процессе. Имея дело с жертвами жестокого обращения, для психотерапевта важно оставаться в таких границах, потому что работа с ними может быть эмоционально подавляющей. Чтобы заниматься лечением жертв жестокого обращения, нужно столкнуться с тяжелыми для восприятия истинами о человеческой хрупкости и о человеческом потенциале жестокого отношения к другим.

Лечение пациентов, переживших травму, само по себе может стать травмирующим опытом. Иногда психотерапевты даже начинают испытывать те же чувства страха, ярости и горя, которые испытывает пациент. Психотерапевт может переживать симптомы посттравматического стрессового расстройства, такие как навязчивые мысли, ночные кошмары или вспышки воспоминаний (*Pearlman & MacIan, 1995*). Психотерапевт может впасть в чувство беспомощности и безнадежности. В ловушке этих симптомов и чувств у психотерапевта может возникнуть соблазн выйти за пределы терапевтических взаимоотношений и стать "спасителем" пациента. Однако это было бы ошибкой: нарушая границы, психотерапевт подразумевает, что пациент беспомощен, и рискует столкнуться с собственным эмоциональным выгоранием. (Как мы обсуждали в главе 2, схема-терапия в самом деле выходит за пределы "типичных" границ отношений между психотерапевтом и пациентом. Однако, хотя мы и несколько расширяем типичные границы, чтобы обеспечить замещающее родительство, мы стараемся не нарушать границы в том случае, когда это может навредить пациенту. Например, хотя мы и предоставляем пациентам, пережившим травму, утешение, мы не заставляем их работать с травмирующим материалом раньше, чем они будут готовы.)

В серьезных случаях пациентам со схемой недоверия/жестокого обращения может потребоваться много времени, чтобы поверить психотерапевту, — поверить, что он не собирается причинить им боль, обмануть, оскорбить или унизить их. Значительная часть сеанса посвящена тому, чтобы помочь пациентам увидеть все способы, которыми они неправильно истолковывают намерения психотерапевта, утаивают важные факты и избегают проявления собственной уязвимости. Цель состоит в том, чтобы пациенты приняли психотерапевта как человека, которому можно доверять, — возможно, первого близкого человека в их жизни, который одновременно и хороший, и сильный.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Если схема Недоверия/Ожидания жестокого обращения возникла в результате ранней детской травмы, для лечения часто требуется много времени — помимо этой схемы, так много времени обычно требуется только для лечения схемы Покинутости/Нестабильности. Иногда травма настолько серьезна, что пациент не может в достаточной мере доверять психотерапевту, чтобы раскрыться и измениться. Независимо от того, что делает психотерапевт, пациент продолжает искажать в своем сознании поведение психотерапевта таким образом, что действия психотерапевта кажутся ему злонамеренными. Когда у пациента выражена гиперкомпенсация, это усложняет преодоление схемы. В менее серьезных случаях пациенты могут не хотеть, чтобы психотерапевт делал записи, могут отказываться заполнять формы или скрывать важную информацию, поскольку боятся, что этот материал каким-то образом будет использован против них. Мы считаем, что психотерапевт должен максимально удовлетворять подобные запросы, но также указывать на них пациентам в качестве примеров поведения, способствующего подкреплению схемы.

Эмоциональная депривированность

Типичные проявления схемы

Это, пожалуй, самая распространенная схема, с которой мы сталкиваемся в нашей практике, хотя пациенты зачастую не осознают ее наличие. Пациенты с этой схемой часто начинают лечение, чувствуя себя одинокими и подавленными, но не понимая причин этого; или у них присутствуют смутные или неясные симптомы, которые впоследствии оказываются связанными со схемой Эмоциональной депривированности. Такие пациенты не верят, что кто-то, включая психотерапевта, может хорошо к ним относиться, понимать или защищать их. Они чувствуют себя эмоционально обделенными и могут ощущать, что им не хватает любви и тепла, внимания или глубоких эмоций. Они полагают, что нет никого, кто мог бы дать им поддержку и наставление. Такие пациенты могут чувствовать себя неправильно понятыми и одинокими, обделенными любовью, игнорируемыми или опустошенными.

Как мы уже отмечали, существует три типа депривации: лишение *заботы*, при котором пациенты чувствуют, что их некому поддержать и обратить на них внимание, предоставить физические ощущения контакта и объятия; лишение *сочувствия*, при котором они чувствуют, что нет никого, кто действительно их слушает или пытается

понять, с кем можно обменяться чувствами; лишение *защиты*, при котором они чувствуют, что нет никого, кто мог бы их оградить и направить (хотя сами они зачастую активно поддерживают и защищают других). Схема Эмоциональной депривированности часто связана со схемой Самопожертвования. Большинство пациентов со схемой Самопожертвования также обладают схемой Эмоциональной депривированности.

Типичное поведение, демонстрируемое этими пациентами, включает в себя отказ обращаться к значимым другим с просьбами об удовлетворении своих эмоциональных потребностей; отсутствие выражения своих потребностей в любви или утешении; активное участие в обсуждении с другим человеком его жизни и при этом избегание рассказов о себе; чрезмерность внешних проявлений, за которыми не стоят чувства соответствующей интенсивности; другие способы подкрепления депривированности, предполагающие отказ от своих эмоциональных потребностей. Поскольку эти пациенты не ожидают эмоциональной поддержки, они не просят о ней; следовательно, они обычно и не получают ее.

Другая тенденция, которую мы наблюдаем у пациентов со схемой Эмоциональной депривированности, — выбор значимых других, которые не способны к эмоциональной отдаче или избегают ее. Они часто выбирают холодных, отчужденных, эгоистичных или нуждающихся в заботе партнеров, которые своим поведением усугубляют их эмоциональную депривированность. В случае выраженного поведения избегания пациенты остаются одинокими. Они избегают близких отношений, поскольку не ждут от них ничего хорошего. Они либо остаются в эмоционально дистанцированных отношениях, либо вообще избегают отношений.

Пациенты, гиперкомпенсирующие эмоциональную депривацию, проявляют чрезмерную требовательность — и гнев, когда их требования не удовлетворяются. Зачастую они нарциссичны: поскольку они были одновременно избалованными и эмоционально депривированными в детстве, у них развилось обостренное чувство особых прав на удовлетворение своих потребностей. Они верят, что должны быть непреклонны в своих требованиях, иначе им ничего не достанется. Некоторые из пациентов со схемой Эмоциональной депривированности в детстве были избалованы тем или иным образом: их обеспечивали какими угодно материальными благами, им позволяли нарушать общепринятые правила поведения, их превозносили как особо одаренных или исключительно талантливых, — но при этом им не давали искренней любви.

Другая особенность, характерная для небольшого процента пациентов с такой схемой, — чрезмерная потребность в заботе. Некоторые пациенты всем своим поведением демонстрируют, что им нужна помощь и забота практически в любых вопросах. Со стороны такое поведение может выглядеть преувеличенным или даже наигранным. У них может быть множество жалоб на свое физическое состояние — психосоматических симптомов, — косвенная выгода от наличия которых заключается в том, чтобы обращать на себя внимание значимых других и принуждать их заботиться о себе (хотя эта функция почти всегда остается за пределами их осознания).

Терапевтические цели

Одна из основных терапевтических целей — помочь пациентам осознать свои эмоциональные потребности. Для них может быть настолько естественным, что их

эмоциональные потребности не удовлетворяются, что они даже не осознают, что что-то не так. Еще одна цель — помочь пациентам понять, что их эмоциональные потребности естественны и правильны. Каждый ребенок нуждается в заботе, сочувствии и защите, и, даже став взрослыми, мы все еще нуждаемся в этом. Если пациенты смогут научиться выбирать подходящих партнеров, а затем правильным образом озвучивать свои нужды, то будут получать эмоциональную отдачу. Дело не в том, что все другие люди непременно лишают пациентов нормального эмоционального контакта, а в том, что эти пациенты усвоили поведение, которое приводит их либо к выбору партнеров, которые неспособны к эмоциональной отдаче, либо к введению в заблуждение насчет своих потребностей тех партнеров, которые в целом способны к эмоциональной отдаче.

Приоритетные стратегии в лечении

Особое внимание уделяется изучению источников происхождения схемы в детстве. Психотерапевт использует экспериенциальные техники, чтобы помочь пациентам определить те эмоциональные потребности, которые не были удовлетворены в их детстве. Многие пациенты никогда не осознавали, что что-то упустили, даже когда у них возникало мимолетное чувство, будто чего-то не хватает. В процессе работы с воображением пациенты устанавливают контакт со своим Одиноким ребенком и связывают этот режим со своими нынешними проблемами. В воображении они выражают свой гнев и боль по отношению к депривирующему родителю. Они называют все свои неудовлетворенные в детстве эмоциональные потребности и говорят, что им хотелось бы получить от родителя для удовлетворения каждой из них. Психотерапевт входит в образы из детства пациента в качестве Здорового взрослого, который утешает Одинокого ребенка и помогает ему; затем пациент сам принимает на себя роль Здорового взрослого, утешая и помогая Одинокому ребенку. В качестве домашнего задания пациенты пишут родителям письмо (которое на самом деле не отправляют им) о своей эмоциональной депривированности, которая стала для них очевидной в ходе работы с воображением.

Как и в случае с большинством схем из домена Нарушения связи и отвержения, терапевтические отношения очень важны для лечения этой схемы. (Исключением является схема Социальной отчужденности, которая обычно предполагает меньший акцент на взаимоотношениях пациента и психотерапевта, однако больший — на отношениях пациента с людьми вне терапии.) Терапевтические отношения часто становятся первыми отношениями, в которых пациент позволяет кому-то заботиться о себе, понимать и направлять себя. С помощью замещающего родительства психотерапевт обеспечивает пациента частичным "противоядием" от эмоциональной депривации — создает ему теплую, сочувствующую и защищающую среду, в которой он может удовлетворить многие свои эмоциональные потребности. Если психотерапевт заботится о пациенте и перевоспитывает его, то это ослабляет чувство депривации у пациента. Как и в случае со схемой Покинутости/Нестабильности, терапевтические отношения предоставляют модель, которую пациенты могут переносить на взаимоотношения с другими людьми ("корректирующий эмоциональный опыт" (*Alexander, 1956*)). Как и в случае со схемой Покинутости/Нестабильности, необходимо делать акцент на близких

отношениях пациента. Психотерапевт и пациент тщательно изучают отношения пациента со значимыми людьми. Пациенты работают над выбором подходящих партнеров и близких друзей, определяя свои потребности и озвучивая просьбу об их удовлетворении адекватным образом.

На когнитивном уровне психотерапевт помогает пациентам изменить свое обостренное чувство того, что значимые другие всегда действуют эгоистично или лишают их чего-то. Чтобы противостоять подобному "черно-белому" мышлению, которое подкрепляет чрезмерные реакции, пациент учится распознавать степени депривации — видеть некий спектр возможных вариантов поведения, а не только два полюса. Хотя другие люди и не могут полностью отдавать себя пациенту, они все равно заботятся о нем. Пациенты определяют неудовлетворенные эмоциональные потребности в своих нынешних отношениях.

На поведенческом уровне пациенты учатся выбирать заботливых партнеров и друзей. Они просят своих партнеров удовлетворять их эмоциональные потребности надлежащим образом и принимают заботу от значимых других. Пациенты перестают избегать близости. Они перестают реагировать чрезмерным гневом на умеренные уровни депривации, прекращая уходить или отстраняться, когда чувствуют, что ими пренебрегают.

В терапевтических отношениях психотерапевт создает атмосферу заботы и поддержки, наполненную вниманием, сочувствием, наставничеством, при этом особо стараясь подчеркнуть свое эмоциональное участие (например, записывая день рождения пациента, чтобы не забыть поздравить его). Психотерапевт помогает пациенту адекватно выражать чувство эмоциональной депривации — без чрезмерных реакций или замалчивания. Пациент учится принимать границы психотерапевта и быть толерантным к некоторому уровню депривации, в то же время высоко оценивая заботу, предоставляемую психотерапевтом. Психотерапевт помогает пациенту связывать чувства, возникающие в терапевтических отношениях, с ранними воспоминаниями о депривированности и воздействовать на эти воспоминания с помощью экспериенциальных техник.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Самая распространенная проблема этой схемы состоит в том, что пациенты с этой схемой часто не подозревают о ее существовании. Даже несмотря на то, что Эмоциональная депривированность является одной из трех наиболее часто встречающихся схем, с которыми мы работаем (две другие — схема Покорности и схема Дефективности/Стыдливости), люди часто не осознают ее наличие у себя. Поскольку их эмоциональные потребности никогда не были удовлетворены, пациенты даже не осознают их существования. Поэтому очень важно оказать помощь пациентам в установлении связи между депрессией, одиночеством или физическими симптомами, с одной стороны, и отсутствием заботы, сочувствия и защиты — с другой. Мы обнаружили, что предложение прочесть главу, посвященную эмоциональной депривации, из книги "Прочь из замкнутого круга", часто помогает пациентам распознать эту схему. Они могут идентифицировать себя с некоторыми персонажами или распознать поведение эмоционально депривирующих родителей.

Пациенты с этой схемой часто отрицают обоснованность собственных эмоциональных потребностей. Они отрицают, что их эмоциональные потребности важны или имеют смысл, либо же полагают, что у сильных людей не может быть таких потребностей. Просьбу об удовлетворении своих нужд они считают проявлением слабости, с трудом признавая, что внутри них живет одинокий ребенок, который хочет любви и эмоциональной связи, — как с психотерапевтом, так и со значимыми другими в жизни вне терапии.

Аналогичным образом пациенты могут считать, что не следует сообщать значимым другим о своих нуждах, поскольку те и так *должны* о них знать. Все эти убеждения лишают пациента способности попросить других об удовлетворении его эмоциональных потребностей. Таким пациентам нужно осознать, что наличие эмоциональных потребностей — неотъемлемая часть человеческой природы. Быть эмоционально уязвимым — тоже нормальная часть нашей природы. То, к чему мы стремимся в жизни, — это баланс между силой и уязвимостью, поэтому порой мы сильны, а порой — уязвимы. Обладать только одной стороной — быть только сильным — значит не в полной мере быть человеком и отрицать важную, базовую часть себя.

Дефективность/Стыдливость

Типичные проявления схемы

Пациенты с этой схемой считают, что они неполноценны, несовершенны, плохи, бесполезны или непривлекательны. Следовательно, они часто испытывают хроническое чувство стыда за то, кем они являются.

Какие аспекты себя они рассматривают как дефектные? Это может быть почти любая личная характеристика — пациенты могут считать, что они слишком злые, слишком нуждающиеся в заботе, слишком уродливые, слишком ленивые, слишком глупые, слишком скучные, слишком странные, слишком властные, слишком толстые, слишком худые, слишком высокие, слишком низкие или слишком слабые. У них могут быть неприемлемые сексуальные или агрессивные желания. Какой-то аспект их личности воспринимается ими как дефект: это не то, *что* они делают, а то, *кем* они себя чувствуют. Они боятся отношений с людьми, потому что боятся неизбежного проявления своих недостатков. В любой момент окружающие могут внезапно заметить их недостатки, и тогда им станет стыдно. Такой страх может быть направлен на ограниченный или широкий круг людей: пациенты с этой схемой чувствуют себя неполноценными в своих близких отношениях или в более широком социальном мире (либо же и там, и там).

Типичное поведение пациентов с этой схемой включает в себя самообесценивание и позволение другим обесценивать их. Пациенты могут позволять себя оскорблять, плохо обращаться с ними. Они часто сверхчувствительны к критике или непринятию, обостренно реагируют, становясь грустными, подавленными или злыми, в зависимости от того, уступают они схеме или гиперкомпенсируют ее. В глубине души они уверены, что сами виноваты в своих проблемах. Зачастую они обладают низкой самооценкой и постоянно сравнивают себя с другими. Они чувствуют себя неуверенно в окружении людей — особенно тех, кого они не воспринимают как "дефектных", или

тех, кто, по их мнению, способен увидеть их недостатки. Они могут быть ревнивыми и соперничающими, особенно в тех сферах, где ощущают себя неполноценными, и порой рассматривают межличностные взаимодействия как заведомо неравноправные (по умолчанию выгодные одной стороне и невыгодные другой). Они часто выбирают критикующих и отвергающих партнеров и сами могут критиковать людей, которые их любят. (Граучо Маркс выразил это ощущение следующими словами: "Я бы не захотел быть членом клуба, который добровольно согласился бы принять меня".) Многие характеристики нарциссических пациентов, такие как величие и завышенные стандарты, могут быть проявлениями схемы Дефективности/Стыдливости. Зачастую такие характеристики являются гиперкомпенсацией базовых чувств неполноценности и стыда.

Пациенты могут избегать близких отношений или социальных ситуаций, поскольку окружающие могут увидеть их недостатки. Мы полагаем, что тревожное (избегающее) расстройство личности фактически является обычным проявлением схемы Дефективности/Стыдливости, в которой избегание является основной копинговой стратегией. Эта схема также может привести к злоупотреблению алкоголем или наркотиками, расстройствам пищевого поведения и другим серьезным проблемам.

Терапевтические цели

Основная терапевтическая цель — повысить чувство собственного достоинства пациента. Пациенты, которые успешно исцелились от этой схемы, считают, что они достойны любви и уважения. Их чувство неполноценности было ошибочным или сильно преувеличенным: либо их черта на самом деле не является недостатком, либо этот недостаток гораздо менее значителен, чем им казалось. Кроме того, часто пациент обретает способность исправить свой "дефект". Но даже если пациент не в силах это сделать, ничто не умаляет его базовой ценности как человека. Это человеческая природа — иметь недостатки и быть несовершенными. Мы все равно можем любить друг друга.

Пациенты, которые исцелились от схемы, чувствуют себя гораздо лучше в обществе других людей. Они чувствуют себя гораздо менее уязвимыми и более охотно вступают в отношения. Они больше не стесняются, когда на них обращают внимание. Такие пациенты считают людей менее осуждающими и более принимающими, реалистично воспринимают человеческие недостатки. Становясь все более и более открытыми, они перестают хранить столь много секретов и пытаться скрывать многие грани своей личности, а становятся способными сохранять чувство собственной ценности, даже когда их критикуют или отвергают. Они спокойно принимают комплименты и больше не позволяют плохо с ними обращаться. Меньше обороняются, становятся менее склонными к перфекционизму по отношению к себе и другим, выбирают партнеров, которые любят их и относятся к ним хорошо. Таким образом, они больше не демонстрируют поведения, в котором уступают своей схеме Дефективности/Стыдливости, избегают или гиперкомпенсируют ее.

Приоритетные стратегии в лечении

Терапевтические отношения имеют важнейшее значение для лечения этой схемы. Если психотерапевт, зная о мнимой дефектности пациента, все еще способен заботиться

о нем, то пациент сможет почувствовать свою ценность. Важно, чтобы психотерапевт часто подбадривал и хвалил пациента, указывая на его положительные качества.

Когнитивные стратегии направлены на то, чтобы изменить представление пациента о себе как о неполноценном человеке. Пациенты анализируют доказательства, подтверждающие и опровергающие схему, и проводят воображаемые диалоги между критикующей схемой и здоровой стороной своей личности, обладающей хорошей самооценкой. Они учатся замечать свои сильные стороны и преуменьшать значение своих недостатков. Большинство их недостатков не являются врожденными, а возникли в результате определенных событий в детстве, поэтому пациенты могут их изменить; или они вовсе не недостатки, а, скорее, проявление чрезмерной критичности. Мы обнаружили, что у большинства пациентов с этой схемой на самом деле нет серьезных недостатков, но зато у них есть критикующие и не принимающие их родители. И даже если у пациента действительно есть недостатки, б*о*льшую часть из них можно устранить в ходе терапии или с помощью других средств; если это невозможно, то они могут быть просто не настолько существенны, как полагал пациент. Когнитивные техники помогают пациенту объяснить свои чувства неполноценности и стыда критикующим поведением значимых других в детстве. В работе с этой схемой полезно использовать копинг-карточки, на которых перечислены хорошие качества пациента.

В экспериенциальном плане важно, чтобы пациенты, ведя диалоги в воображении, выражали свой гнев на критикующих и отвергающих родителей. Психотерапевт входит в детские образы критикующих и отвергающих пациента родителей и противостоит им, защищая и хваля отвергнутого ребенка. В конце концов, пациенты смогут сами сыграть эту роль: они входят в образ Здорового взрослого, который противостоит критикующему родителю и утешает отвергнутого ребенка.

Поведенческие стратегии — в частности, экспозиция — чрезвычайно важны для лечения этой схемы, особенно в случае пациентов с ярко выраженным поведением избегания. Пока пациенты со схемой Дефективности/Стыдливости избегают близкого контакта с людьми, их чувство собственной неполноценности остается неизменным. Пациенты учатся вступать в межличностные ситуации, которые могут улучшить их жизнь. Поведенческие стратегии могут также помочь пациентам исправить некоторые их действительные недостатки (например, похудеть, улучшить стиль одежды, обучиться социальным навыкам). Кроме того, пациенты учатся выбирать значимых других, которые поддерживают, а не критикуют их. Они стараются научиться выбирать партнеров, которые любят и принимают их.

На уровне поведения пациенты также учатся не реагировать на критику излишне обостренно. Они распозна*ют* ситуации, в которых их обоснованно критикуют, и учатся реагировать принятием критики и попыткой изменить себя; когда кто-то подвергает их необоснованной критике, надлежащим ответом будет просто заявить о своей точке зрения и внутренне подтвердить ложность обвинений. Не следует нападать на критикующего; нет необходимости отвечать ему тем же или вступать с ним в дискуссию, чтобы доказать его неправоту. Пациенты учатся устанавливать границы в общении со сверхкритичными людьми и больше не терпят жестокого отношения к себе. Пациенты также работают над тем, чтобы больше открываться людям, которым они доверяют. Чем больше они смогут рассказывать о себе и получить принятие в ответ, тем скорее

преодолеют свою схему. Наконец, пациенты работают над снижением компенсаторного поведения. Они перестают пытаться компенсировать свое внутреннее чувство неполноценности попытками казаться идеальными, чрезмерными достижениями, унижением других или борьбой за статус.

Для психотерапевта особенно важно принимать и не осуждать пациентов с этой схемой. Также важно, чтобы сам психотерапевт не казался пациенту идеальным. Как и любой другой человек, психотерапевт совершает ошибки и не отрицает свои недостатки.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Многие пациенты, обладающие этой схемой, не осознают ее присутствия. Они избегают или гиперкомпенсируют боль, причиняемую этой схемой, вместо того чтобы прочувствовать ее. Пациенты с нарциссическим расстройством личности являются примером группы с высокой вероятностью наличия схемы Дефективности/Стыдливости и низкой вероятностью ее осознания. Пациенты с нарциссическим расстройством часто пытаются соперничать с психотерапевтом или клеветать на него, вместо того чтобы работать над изменениями в собственном поведении.

Пациенты со схемой Дефективности/Стыдливости могут скрывать информацию о себе, поскольку самораскрытие их смущает. Может пройти много времени, прежде чем пациенты захотят поделиться всеми своими воспоминаниями, желаниями, мыслями и чувствами. Эту схему сложно изменить. Чем раньше возникли критика и непринятие со стороны родителей, тем труднее излечить схему Дефективности/Стыдливости.

Социальная отчужденность

Типичные проявления схемы

Пациенты с этой схемой считают, что они отличаются от остальных людей. Они не ощущают себя частью большинства социальных групп и чувствуют себя изолированными, отвергнутыми или отстраненными — будто смотрят на социальную группу со стороны, но не входят в нее. Любой, кто вырастает с ощущением, что он “не такой, как все”, имеет риск развития этой схемы. В качестве примеров можно привести одаренных людей, людей из известных семей, людей с красивой или уродливой внешностью, лиц нетрадиционной сексуальной ориентации, представителей этнических меньшинств, детей алкоголиков, жертв травмы, людей с физическими недостатками, сирот или усыновленных детей, а также людей, принадлежащих к значительно более высокому или низкому экономическому классу, чем окружающие их люди.

Типичное поведение включает в себя отстраненное поведение в социальных ситуациях или их полное избегание. Эти пациенты, как правило, предпочитают работать и отдыхать без компании других; у большинства “одиночек” имеется эта схема. В зависимости от степени серьезности схемы, пациент может являться частью субкультуры, но все равно чувствовать себя отчужденным от более широкого социального мира; он может чувствовать себя отчужденным от всех социальных групп, но иметь близкие отношения с кем-то, или же может вообще не поддерживать близких отношений ни с кем.

Терапевтические цели

Основная терапевтическая цель состоит в том, чтобы помочь пациентам чувствовать себя менее отличающимися от других людей. Даже если они не вписываются в “мейнстрим”, в наиболее распространенные стандарты, все равно существуют другие люди, похожие на них. Кроме того, по сути, все мы — люди с одинаковыми базовыми потребностями и желаниями. Хотя у нас много различий, мы больше схожи, чем различаемся (“Ничто человеческое мне не чуждо”, — сказано в комедии Теренция (*Terrence, 1965, I, i*)). Может существовать сегмент общества, в который пациент, вероятно, никогда не попадет, — например пациент-гомосексуалист вряд ли вступит в религиозную группу фундаменталистов, — но также имеются группы, в которые пациент будет принят. Пациенту следует избегать социальных групп, которые ему объективно не подходят, и искать людей, с которыми у него есть некоторое сходство, и которые могут принять его. Чтобы достичь этой цели, пациенту иногда бывает нужно внести серьезные изменения в свою жизнь и преодолеть свое привычное поведение избегания.

Приоритетные стратегии в лечении

В отличие от других схем из домена Нарушения связи и отвержения, внимание уделяется не столько экспериенциальным техникам, связанным с происхождением схемы в детстве, сколько улучшению текущих отношений пациента со сверстниками и группами. Таким образом, в приоритете когнитивные и поведенческие стратегии. Групповая терапия может быть полезна для многих пациентов с этой схемой, особенно для тех, кто избегает дружеских отношений. Чем более изолирован пациент, тем более важны в лечении терапевтические отношения, поскольку они будут одними из немногих отношений пациента.

Цель когнитивных стратегий — убедить пациентов в том, что они на самом деле не настолько отличаются от других, как сами полагают. У них имеется множество качеств, которыми обладают и другие люди, и некоторые качества, которые они считают отличительными, но которые на самом деле универсальны (например, сексуальные или агрессивные фантазии). Даже если они не являются широко распространенными, есть люди, похожие на пациентов. Пациенты учатся фокусироваться на своем сходстве с другими людьми так же, как и на различиях. Они учатся определять подгруппы людей, которые похожи на них, т.е. имеют такие же отличительные черты. Они учатся бросать вызов автоматическим негативным мыслями, которые мешают им присоединиться к социальным группам и общаться с людьми.

Экспериенциальные стратегии могут помочь пациентам, которых не принимали в детстве и в подростковом возрасте, вспомнить, каково это было. (Некоторые пациенты с этой схемой не были отвергнуты в детстве. Скорее, они предпочитали одиночество вследствие собственных предпочтений или интересов.) В работе над образами пациенты заново переживают опыт детства. Они выражают гнев на сверстников, которые их не принимали, и на свое одиночество. Пациенты борются против социальных предрассудков по отношению к людям, которые чем-то отличаются. (Одно из преимуществ групп по работе над повышением осознанности заключается в том, что они учат своих членов бороться с ненавистью к людям.) Пациенты также могут использовать работу с воображением, чтобы представить себе группы, в которые они могли бы вписаться.

Поведенческие стратегии направлены на то, чтобы помочь пациентам преодолеть их привычку к избеганию социальных ситуаций. Цель состоит в том, чтобы пациенты начали посещать подходящие им группы, общаться и развивать дружеские отношения. Чтобы достичь этой цели, пациенты постепенно проходят экспозицию через серию домашних заданий. Управление тревожностью может помочь пациентам справиться со своей обычно высокой социальной тревогой. Тренинг социальных навыков может помочь им исправить любые недостатки в навыках межличностного общения. При необходимости можно добавить медикаментозное лечение, чтобы снизить тревогу пациента.

Конечно, хорошо, когда у пациентов с этой схемой есть близкие отношения с психотерапевтом. Однако, несмотря на то, что пациенты сосредоточиваются на когнитивных и поведенческих стратегиях для преодоления своего поведения избегания социальных ситуаций, терапевтические отношения, вероятно, не будут для них полезны в достаточной степени. Иногда пациенты с этой схемой могут установить связь с психотерапевтом, но все еще продолжают чувствовать себя не такими, как все остальные. Это зависит от степени серьезности схемы: для пациентов, находящихся в экстремальных ситуациях, терапевтические отношения могут противодействовать их ощущению полного одиночества и быть важными. Но для пациентов, которые уже способны устанавливать связи, но еще не могут вступать в группы, терапевтические отношения сами по себе вряд ли будут иметь ценность в качестве корректирующего эмоционального опыта. Групповая терапия может быть чрезвычайно полезной, если группа принимает пациента; по этой причине группы по "особым интересам", к которым принадлежат люди, в некоторой степени похожие на пациента (например, дети алкоголиков, жертвы инцеста, группы поддержки для пациентов с избыточным весом), могут быть наиболее ценными.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Наиболее распространенная проблема заключается в том, что пациентам трудно преодолеть свое поведение избегания социальных ситуаций и групп. Чтобы противостоять ситуациям, которых они боятся, пациенты должны быть готовы выносить высокий уровень эмоционального дискомфорта. По этой причине избегающие пациенты сопротивляются изменениям. Когда избегание блокирует терапевтический прогресс, может помочь работа с режимами, в ходе которой пациент выстраивает ту часть себя, которая хочет изменить схему и поговорить с ней. Например, пациенты могут представить себе ситуацию взаимодействия с группой, когда они чувствовали себя отчужденными. Психотерапевт входит в образ Здорового взрослого, который наставляет Изолированного ребенка (или подростка) насчет того, как влиться в группу. Позже пациенты самостоятельно входят в образ собственного Здорового взрослого, чтобы помочь Изолированному ребенку усовершенствовать навыки поведения в социальных ситуациях и получать от них удовольствие.

ДОМЕН "НАРУШЕНИЕ АВТОНОМИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ"

Зависимость/Беспомощность

Типичные проявления схемы

Пациенты с этой схемой выглядят как беспомощные дети. Они чувствуют, что не в состоянии позаботиться о себе; ощущают себя подавленными и неспособными справиться со своими проблемами. Схема имеет две составляющие. Первая — Зависимость: этим пациентам не хватает веры в свои решения и суждения в повседневной жизни. Они ненавидят перемены, требующие самостоятельных действий, и боятся их; они чувствуют себя неспособными решать новые задачи и считают, что им нужен кто-то, кто покажет им, что делать. Эти пациенты ощущают себя детьми, которые слишком маленькие, чтобы выжить в мире самостоятельно: без родителей они могут умереть. В крайнем проявлении схемы пациенты полагают, что не смогут самостоятельно прокормить себя, обеспечить себя жильем и одеждой, перемещаться или выполнять простые повседневные задачи.

Вторая составляющая — Беспомощность — следует из первой. Поскольку такие пациенты чувствуют себя неспособными функционировать самостоятельно, единственный рассматриваемый ими вариант — найти тех, кто позаботится о них, либо же вовсе перестать функционировать. Люди, которых они находят для заботы о себе, обычно являются их родителями или замещающими родителей опекунами. Это могут быть их супруги, братья или сестры, друзья, начальники или психотерапевты. Родительская фигура либо делает для них все, либо показывает, что нужно делать, контролируя каждый шаг на их пути. Основная идея — "Я беспомощен, и поэтому я должен полагаться на других".

Типичное поведение включает обращение к другим за помощью; постоянные вопросы во время работы над новыми задачами; трудности с путешествиями в одиночку и самостоятельным управлением финансами; оставление начатого; отказ от дополнительных обязанностей (например, отказ от повышения на работе); избегание новых заданий. Трудности с вождением автомобиля являются метафоричными для этой схемы. Люди со схемой Зависимости/Беспомощности часто боятся и избегают вождения в одиночку: они могут потеряться; их машина может сломаться, и они не будут знать, что делать. Может произойти что-то непредвиденное, с чем они не смогут справиться. Они не смогут самостоятельно найти решение. Таким образом, им нужен кто-то, кто может дать им готовое решение или решить проблему вместо них.

Такие пациенты обычно не приходят на терапию с целью стать более независимыми или более самостоятельными. Скорее, они приходят за некой волшебной таблеткой или за экспертом, который скажем им, что делать. Их проблемы часто представляют собой симптомы оси I, такие как тревога, фобическое избегание или физические проблемы, вызванные стрессом. Они могут чувствовать себя подавленными из-за того, что боятся покинуть оскорбляющего, эмоционально холодного или контролирующего партнера, часто напоминающего их родителя, который поспособствовал формированию схемы, — просто потому что не верят, что смогут выжить самостоятельно. Их цель,

как правило, состоит в том, чтобы избавиться от этих симптомов, а не изменить свое базовое чувство зависимости и беспомощности.

Незначительное число пациентов со схемой Зависимости/Беспомощности гиперкомпенсируют эту схему, становясь абсолютно независимыми. Несмотря на то что они чувствуют себя беспомощными, они настаивают на том, чтобы все делать самостоятельно. Они отказываются полагаться на кого-либо в любых начинаниях. Они избегают зависимости даже в тех ситуациях, когда быть зависимым нормально. Подобно псевдозрелым детям, которым пришлось слишком рано повзрослеть, они со всем справляются в одиночку, но делают это с огромным чувством тревоги. Они берут на себя новые задачи и принимают собственные решения — притом способны хорошо работать и принимать правильные решения, — но при этом всегда чувствуют, что на этот раз могут не справиться.

Терапевтические цели

Терапевтические цели — повысить у пациента ощущение самостоятельности и снизить его зависимость от других людей. Повышение ощущения самостоятельности обычно предполагает формирование уверенности в себе и обретение навыков; снижение зависимости включает в себя преодоление поведения уклонения от самостоятельного выполнения заданий. В идеале такие пациенты обретают способность перестать излишне полагаться на других людей.

Отказ от зависимости является ключом к лечению. Психотерапевт обучает пациентов своего рода предотвращению реакции: они перестают обращаться к окружающим за помощью, самостоятельно решают задачи, признают неизбежность ошибок на пути к достижению цели, пробуют вырабатывать собственные решения проблем. Методом проб и ошибок, они смогут научиться доверять своим суждениям и интуиции, а не отвергать их.

Приоритетные стратегии в лечении

Когнитивно-поведенческая составляющая обычно имеет наибольшее значение при работе над этой схемой. В центре внимания — помощь пациентам в изменении их когниций и построении навыков, постепенная экспозиция ситуациям, требующим принятия решений и самостоятельного функционирования.

Когнитивные стратегии помогают пациентам изменить свое представление о том, что для нормального функционирования им нужна постоянная помощь. Это стандартные техники: копинг-карточки, воображаемые диалоги между схема-стороной и здоровой стороной личности, решение проблем с принятием решений, оспаривание негативных мыслей. Психотерапевт подвергает сомнению взгляд пациента на то, что зависимость от других людей является приемлемой. Чрезмерная зависимость имеет свою цену в виде неудовлетворенных эмоциональных потребностей в автономности и самовыражении, которые психотерапевт и пациент могут вместе выявить. Использование когнитивных стратегий для создания мотивации имеет большое значение, потому что для преодоления схемы пациент должен быть готов переносить тревогу. Психотерапевт может варьировать сложность заданий от вызывающих незначительную тревогу

до провоцирующих сильную тревогу, чтобы снижать уровень дистресса пациента и обучать его расслаблению, медитации или другим техникам преодоления тревоги.

Как мы уже отмечали, экспериенциальные техники обычно менее важны при работе над этой схемой. Иногда пациентам полезно, используя воображение, противостоять своим чрезмерно оберегающим родителям, которые подорвали их возможность быть самостоятельными, например, если родители по-прежнему практикуют такое отношение, и пациенты недовольны этим. Если пациенты злятся на родителя, психотерапевт помогает им выразить это. Однако пациенты с этой схемой редко злятся на родителя. Поскольку родитель зачастую был помогающим персонажем в их жизни, мобилизация гнева может быть затруднена. Тем не менее, даже если намерения родителя были благими, то, что он делал, наносило ущерб независимости пациентов и их ощущению самостоятельности. Поскольку родитель принимал вместо них множество решений, пациенты не смогли развить уверенность в собственных суждениях; поскольку родитель выполнял вместо них множество заданий, им не удалось развить базовые жизненные навыки.

Психотерапевт проводит сеансы по работе с воображением, на которых пациент вспоминает детские ситуации, спровоцировавшие возникновение схемы. Пациент входит в образ Здорового взрослого, который помогает некомпетентному ребенку справляться с проблемами и решать их. Когда пациент не может выработать здоровый ответ, психотерапевт выступает в роли наставника. Психотерапевт также проводит работу с воображением, в ходе которой пациент представляет текущие ситуации, требующие отработки базовых жизненных навыков. Пациент вновь входит в образ Здорового взрослого, чтобы помочь Неумелому ребенку. (Многие пациенты с этой схемой воспринимают себя маленькими детьми в мире больших взрослых.) Здоровый взрослый говорит ребенку: "Я знаю, что ты слишком мал и напуган, чтобы принимать решения. Но тебе не придется это делать. Я приму решения вместо тебя. Хоть ты и ребенок, но я-то взрослый. Я могу принимать решения и могу делать все самостоятельно".

Поведенческая составляющая помогает пациентам преодолеть поведение избегания независимого функционирования. Это имеет решающее значения для успешности лечения: если пациенты не изменят свое поведение, они не смогут собрать достаточно доказательств для борьбы со схемой. Поскольку избегание поддерживает обусловленный страх, пациенты не могут излечиться от схемы, пока не захотят намеренно столкнуться с тревожащими ситуациями. Психотерапевты помогают пациентам разработать задания, которые предусматривают самостоятельное выполнение повседневных задач. Начав с наиболее простых дел, они ежедневно практикуют выполнение таких задач в качестве своего домашнего задания.

Во время сеансов психотерапевты могут проводить с пациентами репетиции их нового поведения, чтобы помочь им подготовиться к выполнению домашних заданий. Пациенты работают с воображением или проводят ролевые игры, успешно выполняя поставленные задачи и решая любые возникающие проблемы. Пациентам полезно поощрять себя за успешное выполнение задач. Техники управления тревожностью — такие как копинг-карточки, дыхательные упражнения, релаксационные техники и рациональное реагирование — могут помочь пациентам переносить тревогу, связанную с самостоятельным функционированием.

Иногда психотерапевт привлекает к лечению членов семьи пациента, если они все еще способствуют его зависимости, — особенно когда пациент живет с ними. Члены семьи могут быть важной частью как проблемы со схемой, так и ее решения. Если пациент способен самостоятельно адекватно регулировать ситуацию с родственниками, то психотерапевт может с ними не встречаться. Однако, как это часто бывает, если пациент не в состоянии помешать членам семьи подкреплять свою схему, то психотерапевт признает необходимость интервенции.

В терапевтических отношениях важно противостоять попыткам пациентов принять на себя зависимую роль. Скорее, психотерапевт должен побуждать пациентов принимать собственные решения, оказывая им помощь только в случае необходимости. Психотерапевт также должен помнить о необходимости каждый раз отмечать прогресс пациентов, когда они самостоятельно его достигают.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Один из самых больших рисков заключается в том, что пациент может впасть в зависимость от психотерапевта, вместо того чтобы преодолевать схему. Психотерапевт ошибочно может взять на себя роль родителя и руководить жизнью пациента. Степень зависимости, которую допускает психотерапевт, должна быть результатом тщательного поиска баланса. Если психотерапевт вообще не позволяет пациенту полагаться на него, тот вряд ли будет долго продолжать курс лечения. В действительности, психотерапевту следует позволить пациенту некоторую зависимость, а затем постепенно отстраняться от него. Психотерапевт должен стремиться к тому, чтобы обеспечить как можно меньшую зависимость, которой будет достаточно, чтобы удерживать пациента в лечении.

Одна из самых больших проблем в лечении пациентов с этой схемой — преодоление их поведения избегания независимого функционирования. Пациенты должны быть готовы обменять кратковременный дискомфорт на долгосрочную выгоду и научиться переносить тревогу по поводу необходимости функционирования в этом мире в качестве взрослых людей. Как мы уже отмечали, формирование мотивации является важным аспектом лечения. Работа с режимами функционирования схем может помочь пациентам укрепить здоровую часть личности, которая хочет независимости и компетентности. Этот "борец за независимость" может обращаться к дисфункциональному родителю и к копинговым стратегиям пациента, снижающим его мотивацию.

Уязвимость

Типичные проявления схемы

Эти пациенты живут, полагая, что вот-вот случится катастрофа. Они убеждены, что с ними произойдет что-то ужасное, что неподвластно их контролю. Они будут внезапно поражены страшной болезнью; произойдет стихийное бедствие; они станут жертвами преступления; они попадут в аварию; они потеряют все свои сбережения; или у них произойдет нервный срыв, и они сойдут с ума. Непременно произойдет что-то плохое, чего они не смогут предотвратить. Преобладающей эмоцией является тревога,

варьирующаяся от незначительного уровня до полноценных панических атак. Такие пациенты не боятся решать повседневные задачи, в отличие от пациентов со схемой зависимости; скорее, они боятся катастрофических событий.

Большинство таких пациентов в качестве копинговых стратегий полагаются на избегание или гиперкомпенсацию. Они приобретают фобии, ограничивают свою жизнь, принимают транквилизаторы, развивают “магическое мышление”, выполняют компульсивные ритуалы и полагаются на определенные “сигналы безопасности”, такие как человек, которому они доверяют, бутылка воды под рукой или успокоительные препараты. Все проявления подобного поведения преследуют одну цель — предотвратить что-то плохое.

Терапевтические цели

Терапевтические цели состоят в том, чтобы убедить пациентов снизить свою оценку вероятности наступления катастрофического события и повысить оценку своей способности совладать с ситуацией. В идеале пациенты осозна*ют*, что их страхи сильно преувеличены, и даже если бы произошла катастрофа, они сумели бы должным образом с ней справиться. Конечная цель лечения состоит в том, чтобы убедить пациентов прекратить избегание схемы и ее гиперкомпенсацию и обратиться к ситуациям, которых они боятся. (Конечно, мы не призываем пациентов намеренно сталкиваться с действительно опасными ситуациями, такими как вождение в сильную непогоду или плавание в одиночку далеко от берега.)

Приоритетные стратегии в лечении

Пациенты исследуют источники происхождения схемы в детстве и прослеживают ее паттерн, присутствующий на протяжении их жизни. Они подсчитывают, чего им стоила эта схема. Пациенты исследуют изменения, которые они могли бы привнести в свою нынешнюю жизнь, если бы не были слишком напуганы. Важно уделять время формированию у пациента мотивации к изменениям. Психотерапевт помогает пациенту сосредоточиться на долгосрочных негативных последствиях фобического образа жизни, в котором упущены возможности для развлечения и саморазвития; и на преимуществах более свободного функционирования в мире, т.е. на обретении более разнообразной и полной жизни. Работа с режимами особенно полезна в борьбе с сопротивлением пациента к изменениям. Психотерапевт помогает пациенту создать образ Здорового взрослого, который хочет изменений к лучшему и который может помочь Испуганному ребенку справляться со сложными ситуациями. Без достаточной мотивации пациенты не будут нормально переносить тревогу, вызванную необходимостью отказа от дезадаптивных копинговых режимов. В центре внимания должны находиться когнитивные и поведенческие стратегии преодоления тревоги и поведения избегания.

Когнитивные стратегии помогают пациентам снизить их оценку вероятности катастрофических событий и повысить оценку своей способности совладать с ситуацией. Пациенты противостоят своему преувеличенному восприятию вероятности наступления опасного события. Бросая вызов катастрофическим мыслям (“декатастрофизируя” их), они помогают себе справляться с паническими атаками и другими симптомами

тревоги. Когнитивные стратегии также помогают пациентам формировать мотивацию, подчеркивая преимущества изменения.

Аналогичным образом поведенческие стратегии помогают пациентам отказаться от своих магических ритуалов и сигналов безопасности и сталкиваться лицом к лицу с ситуациями, которых они боятся. Между сеансами пациенты выполняют домашние задания по экспозиции к пугающим их ситуациям. Чтобы подготовиться к таким экспозициям, на сеансе пациенты проигрывают пугающие ситуации в своем воображении: они представляют себя в подобной ситуации, а затем с помощью режима Здорового взрослого справляются с ней. Техники регуляции тревоги, такие как дыхательные упражнения, медитация и копинг-карточки, помогают пациентам совладать с экспозициями, через которые они проходят.

Экспериенциальные стратегии важны для успешного излечения этой схемы, особенно работа с воображением и с режимами. Если схема является интернализацией родителя (моделирующий схему родитель — один из наиболее распространенных источников происхождения схемы), то пациент может вести диалоги с этим родителем в своем воображении. Чтобы успокоить Испуганного ребенка и предупредить негативные последствия катастрофизации, пациент может использовать образ Здорового взрослого, взятый из детства или из нынешних ситуаций. Кроме того, пациенты могут визуализировать Здорового взрослого, наставляющего Испуганного ребенка в пугающих ситуациях.

Терапевтические отношения не являются решающим аспектом в лечении таких пациентов. Здесь важнее всего, чтобы психотерапевт последовательно придерживался позиции эмпатической конфронтации в отношении привычки пациента к применению поведения избегания или гиперкомпенсации и выражал спокойную уверенность в том, что пациент способен совладать с ситуацией с помощью более здоровых способов. Кроме того, психотерапевт моделирует нефобический взгляд на ситуации с допустимым уровнем риска и копинговые стратегии, помогающие справиться с ними.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Самая большая проблема в работе с этой схемой заключается в том, что пациенты слишком боятся перестать избегать или гиперкомпенсировать. Они сопротивляются отказу от этих средств защиты против тревоги, вызываемой схемой. Как мы упоминали ранее, работа с режимами может помочь пациентам укрепить здоровую часть их личности, которая стремится к более полноценной жизни.

Запутанность/Неразвитая идентичность

Типичные проявления схемы

Пациенты со схемой Запутанности/Неразвитой идентичности, приступая к лечению, часто бывают настолько "переплетены" со своим значимым другим, что ни они сами, ни психотерапевт не могут точно сказать, где заканчивается идентичность пациента и начинается вплетение "другого". Таким "другим" обычно выступает родитель или родительская фигура, например супруг/супруга, начальник или лучший друг.

Пациенты с этой схемой чувствуют чрезвычайную эмоциональную вовлеченность и близость со своей родительской фигурой — ценой отсутствия собственной индивидуальности и нормального социального развития. (Один такой пациент, "переплетенный" со своей матерью, рассказал психотерапевту, как его мать, пытаясь отговорить его от женитьбы, сказала: "Я знаю, как будет для тебя лучше, сынок. В конце концов, женщины приходят и уходят, а я всегда буду в твоей жизни".)

Многие из этих пациентов считают, что ни они, ни родительская фигура не могли бы эмоционально выжить без постоянной поддержки со стороны друг друга, без постоянной нужды друг в друге. Они чувствуют сильную связь с родительской фигурой, как будто представляют с ней единое целое. (Пациенты могут чувствовать, будто способны читать мысли другого человека или знать, чего хочет другой человек, без необходимости спрашивать его об этом.) Они считают неправильным установление каких-либо границ в отношениях с родителем и испытывают чувство вины, если делают это. Они все рассказывают другому человеку и ожидают, что и он расскажет им обо всем. Они переживают полное эмоциональное единение с родителем, что иногда может вызывать у них чувства подавленности и удушья.

Вышеперечисленные характеристики присущи Запутанности как составляющей схемы. Вторая составляющая — Неразвитая идентичность — представляет собой отсутствие личной идентичности, которое пациенты часто переживают как ощущение пустоты. Такие пациенты часто сообщают о чувстве отсутствия собственного "Я", поскольку они отказались от своей идентичности, чтобы сохранить связь с родительской фигурой. Пациенты с неразвитой идентичностью чувствуют, будто они движутся в мире без направления — они не знают, кто они. Они не сформировали свои предпочтения, не развили свои уникальные дарования и таланты и при этом не следовали своим естественным наклонностям — тому, в чем они действительно хороши и что любят. В крайних случаях они могут задаваться вопросом, существуют ли они на самом деле.

Составляющие схемы Запутанности/Неразвитой идентичности проявляются вместе часто, но не всегда. У пациентов может быть неразвитая идентичность без спутанности. Неразвитая идентичность может развиваться по причинам, отличным от спутанности, таким как подчинение. Например, многим пациентам, над которыми в детстве всегда главенствовал доминирующий взрослый, так и не удалось развить чувство собственной, отдельной личности, поскольку они были вынуждены делать то, что требовали их родители. Тем не менее, пациенты, которые демонстрируют слияние с родителем или родительской фигурой, почти всегда в результате имеют неразвитую идентичность. Их мнения, интересы, выборы и цели являются просто отражением человека, с которым они слиты. Как будто жизнь родительской фигуры для них более реальна, чем их собственная жизнь: родительская фигура — звезда, а они — ее спутник. Поэтому пациенты с неразвитой идентичностью могут искать харизматичных лидеров социальных групп, с которыми можно было бы "слиться".

Типичное поведение включает копирование поведения родителя, разговоры и размышления о нем, постоянный контакт и подавление всех мыслей, чувств и поведения, которые не соответствуют родительской фигуре. Когда пациенты пытаются каким-либо образом отделиться от такого человека, они испытывают чувство вины.

Терапевтические цели

Главная терапевтическая цель состоит в том, чтобы помочь пациентам выразить свое спонтанное, естественное "Я" — свои уникальные предпочтения, мнения, решения, таланты и естественные наклонности — вместо того, чтобы подавлять свое истинное "Я" и просто принимать идентичность родительских фигур, с которыми они "сплетены". Пациенты, которые успешно излечились от проблем со спутанностью, более не сосредоточены на родительской фигуре в нездоровом смысле. Они становятся центром собственной жизни. Они больше не слиты с родительской фигурой и знают, в чем они с родителем схожи, а в чем различаются. Они устанавливают границы с родителем и имеют полное чувство своей идентичности.

Для пациентов, которые избегали близких отношений, чтобы ни с кем не сливаться, терапевтической целью становится установление таких связей с людьми, которые не будут ни слишком дистанцированными, ни излишне близкими.

Приоритетные стратегии в лечении

Терапевтический процесс сосредоточивается на текущей жизни пациента. Когнитивные и экспериенциальные техники помогают пациентам определить свои предпочтения и склонности, а поведенческие — проявить себя, что очень важно в случае наличия данной схемы.

Когнитивные стратегии оспаривают мнение пациента о том, что предпочтительнее находиться в слиянии с родительской фигурой, чем иметь собственную идентичность. Психотерапевт и пациент исследуют преимущества и недостатки развития отдельного "Я". Пациенты определяют, насколько они схожи со своими родителями, и в чем отличаются от них. Важно определить сходства: цель состоит не в том, чтобы пациенты ударились в другую крайность и отрицали какие-либо сходства с родительской фигурой. Иногда такие пациенты говорят, что вообще не хотят быть похожи на родителя, и даже не могут найти ничего общего с ним. Гиперкомпенсируя свое слияние с родителем, пациент действует прямо противоположно ему. Кроме того, пациенты проводят диалоги между стороной слияния, которая хочет объединения с родителем, и здоровой стороной своей личности, которая хочет развить индивидуальную идентичность.

В экспериенциальной работе пациенты в воображении визуализируют свое отделение от родителя. Например, они представляют себе ситуации из детства, в которых они не согласны с родителем и ощущают себя отличными от него. Они представляют себе, как говорят о своих настоящих чувствах и делают то, чего им на самом деле хотелось бы. Они представляют, как рассказывают людям, с которыми произошло слияние, в чем они различны с ними, а в чем схожи. Они представляют, что устанавливают границы в общении с такими родительскими фигурами, например, отказываются раскрывать им свою личную информацию или проводить больше времени вместе. Здоровый взрослый, которого поначалу играет психотерапевт, а затем сам пациент, помогает Запутавшемуся ребенку осуществить сепарацию.

Поведенческие стратегии помогают пациентам определить их предпочтения и естественные наклонности. В качестве поведенческого эксперимента пациенты составляют список всего, что они находят приятным. Они учатся улавливать свои телесные

ощущения, соответствующие чувству наслаждения, чтобы определять то, что им доставляет удовольствие. Домашнее задание может включать в себя перечисление любимой музыки, фильмов, книг, ресторанов или мероприятий. Пациенты перечисляют, что им нравится и не нравится в значимых других. Поведенческие стратегии также помогают пациентам действовать в соответствии со своими предпочтениями, даже если они отличаются от предпочтений человека, с которым произошло слияние. Кроме того, поведенческие стратегии помогают пациентам выбирать партнеров и друзей, которые не стремятся к излишней близости. Как правило, пациенты с этой схемой выбирают сильных партнеров, а затем погружаются в их жизнь с головой. Партнер становится новой родительской фигурой. Пациенты превращаются в спутники на орбите своего партнера-"звезды".

Психотерапевт устанавливает адекватные границы, регулируя терапевтические отношения таким образом, чтобы они не были ни слишком объединяющими, ни слишком отстраненными. Если психотерапевт и пациент излишне близки, это воссоздаст детскую спутанность идентичности пациента; если слишком отдалены, пациент будет чувствовать, что между ними нет контакта, и у него не будет мотивации к изменениям.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Наиболее очевидная потенциальная проблема заключается в том, что пациент может слиться с психотерапевтом, так что психотерапевт станет новой родительской фигурой в его жизни. Пациент может отказаться от прежней родительской фигуры, но при этом заменить ее психотерапевтом. Как и в случае со схемой Зависимости/Беспомощности, психотерапевт, возможно, должен допустить некоторое слияние в начале лечения, но быстро перейти к побуждению пациента к индивидуализации.

Неуспешность

Типичные проявления схемы

Пациенты со схемой Неуспешности считают себя неудачниками по сравнению со своими сверстниками — в карьере, финансах, статусе, учебе или спорте. Они чувствуют, что абсолютно не соответствуют уровню других людей — что они глупы, неумелы, бездарны или неудачливы, и что им не хватает того, что требуется для успеха.

Типичное поведение таких пациентов включает в себя капитуляцию перед схемой путем саботажа или плохого выполнения задач, избегания в виде прокрастинации или отказа от выполнения дел вообще, гиперкомпенсации в виде бесконечной работы или перевыполнения нормативов. Гиперкомпенсаторы со схемой Неуспешности считают, что они не столь умны и талантливы, как другие люди, но могут восполнить это, усердно работая. Они часто весьма успешны, но все еще чувствуют себя обманщиками. Эти пациенты кажутся успешными для внешнего мира, но сами чувствуют, что находятся на грани неудачи.

Важно уметь различать схему Неуспешности и схему Жестких стандартов/Придирчивости. Пациенты со схемой Жестких стандартов/Придирчивости считают, что не оправдали собственных высоких ожиданий (или ожиданий своих родителей), но

признают, что справились со своей работой не хуже или даже лучше, чем среднестатистический работник в той же области. Пациенты со схемой Неуспешности считают, что справляются хуже, чем большинство людей, и очень часто они правы. Большинство пациентов со схемой Неуспешности не достигли такого же уровня успешности/самореализации, как среднестатистический человек в группе их сверстников. Неуспешность стала самореализующимся прогнозом в их жизни. Также важно различать схему Неуспешности и схему Зависимости/Беспомощности, которая в большей степени связана с ежедневным функционированием, чем с достижениями. Схема Неуспешности охватывает деньги, статус, карьеру, спорт, обучение; схема Зависимости/Беспомощности — ежедневное принятие решений и заботу о себе в повседневной жизни. Схема Неуспешности часто связана со схемой Дефективности/Стыдливости. Чувствуя себя неудачником, который ничего не достиг, человек считает себя дефектным.

Терапевтические цели

Основная терапевтическая цель — помочь пациентам почувствовать себя успешными, как их сверстники, и достичь успеха (соответственно их способностям и талантам). Обычно это включает в себя один из трех сценариев. Первый — повышение успешности путем развития навыков и уверенности в себе. Второй (если на самом деле они успешно реализуют свой потенциал) — повышение их оценки уровня своего успеха или изменение восприятия успешности их сверстников. Третий — пациенты принимают как данность свои ограниченные способности, в то же время чувствуя свою ценность.

Приоритетные стратегии в лечении

Важно тщательно оценить источник происхождения схемы Неуспешности в случае каждого конкретного пациента, потому что от этого будет зависеть выбор стратегии. Одни пациенты потерпели неудачу из-за врожденного отсутствия одаренности или низких показателей интеллекта. В этих случаях психотерапевт старается помочь пациенту освоить необходимые навыки и научиться устанавливать реалистичные цели. Другие пациенты одарены и имеют высокие показатели интеллекта, что делает их способными преуспеть, но они никогда полностью не реализовывали себя. Возможно, им не хватает целеустремленности, или они сосредоточены на неподходящих сферах деятельности. В таком случае психотерапевт стремится показать им направление движения или научить их сосредоточиваться на сферах, в которых они могли бы преуспеть. Возможно, у пациентов есть другое расстройство, которое препятствовало их успешности (например, синдром дефицита внимания), и в этом случае психотерапевт должен сосредоточиться на нем. Возможно, им просто не хватает дисциплины, поскольку у многих пациентов со схемой Неуспешности присутствует также схема Недостаточности самоконтроля. В таком случае психотерапевт объединяет усилия с пациентом для борьбы со схемой Недостаточности самоконтроля. Возможно, пациенты находятся под негативным влиянием другой схемы, такой как Эмоциональная депривированность, на избегание которой они тратят много времени и усилий — употребляя наркотики или алкоголь, играя на фондовом рынке, бесцельно проводя время в Интернете, увлекаясь

азартными играми, просматривая порнографию или заводя беспорядочные сексуальные связи. Избегание не дает им сосредоточиться на работе, и тогда лечение включает в себя работу над базовыми схемами. Важно определить, почему пациент потерпел неудачу, чтобы разработать правильное лечение для этой проблемы. В большинстве случаев приоритет остается за когнитивными и поведенческими аспектами лечения.

Если пациенты действительно потерпели в жизни неудачу по сравнению со своими сверстниками, то наиболее важной когнитивной стратегией является опровержение мнения о том, что они *изначально* ни на что не способны, и объяснение того, что их неудачи — результат действия схемы. Такие пациенты потерпели неудачу не потому, что изначально ни на что не способны, а потому, что неумышленно пресекали собственные попытки достичь успеха. Это схема заставила их потерпеть неудачу. Их копинговые стратегии — способы, посредством которых они уступают схеме или избегают ее — вот настоящая проблема, а вовсе не их базовые способности. Пациенты проводят диалоги между схемой Неуспешности и здоровой стороной своей личности, которая хочет бороться со схемой.

Другая когнитивная стратегия заключается в подчеркивании успехов и навыков пациентов. Как правило, пациенты с этой схемой игнорируют свои достижения и подчеркивают свои неудачи. Психотерапевт помогает исправить это предубеждение, обучая пациентов каждый раз замечать то, в чем они успешны. Психотерапевт также помогает пациентам выявлять свои навыки, используя когнитивные техники, такие как изучение фактических доказательств. Наконец, психотерапевт помогает пациентам устанавливать реалистичные долгосрочные цели. Пациентам, чьи долгосрочные цели нереалистично завышены, возможно, придется умерить свои ожидания насчет успеха, найти себе другую группу для сравнения или переключиться на другую сферу деятельности.

Экспериенциальные техники будут полезными при подготовке пациентов к изменению поведения. Работая с воображением, пациенты заново переживают свой опыт неудачи, выражают гнев по отношению к людям, которые противодействовали им или насмехались над ними, обесценивали их из-за неудачи в чем-то. Часто таким человеком является родитель, старший брат или старшая сестра, учитель. Выполняя эти упражнения, пациенты связывают свою неудачу с критикой из уст другого человека, а не со своей собственной неспособностью справиться с задачей. Пациенты с расстройством дефицита внимания и гиперактивности являются примером группы людей, которых часто ругали в детстве за неконтролируемое поведение. Их родители считали, что они специально не хотят учиться, хотя на самом деле они просто не могли нормально учиться. Пациентам, не обладающим атлетическим телосложением, часто говорили, что они не прикладывают достаточно усилий, хотя на самом деле им не хватало физической способности выполнять спортивные задания на том уровне, которого от них ожидали. Выражение гнева на родителей и других людей за то, что они не признавали и не принимали их сильные стороны и границы, — важная часть процесса, позволяющего "отпустить" схему на эмоциональном уровне.

Еще один вариант — родители пациента могли и не хотеть, чтобы он преуспел. Хотя родители, возможно, и не осознавали этого, но они не хотели, чтобы их ребенок стал слишком успешным. Они боялись, что он преуспеет и бросит их. Родители давали ребенку понять, что они отвергнут его или станут эмоционально отстраненными, если

он достигнет существенных успехов. У ребенка развился страх перед успехом. Экспериенциальные техники помогают пациенту выявить эту схему и выразить свое эмоциональное отношение к ней. Выражение гнева в отношении родителя, подрывающего веру ребенка в себя, помогает пациенту понять, что это была нездоровая установка, в которую больше не следует верить. Работа с режимами помогает пациенту развить режим Здорового взрослого, который может стимулировать и направлять неудачливого ребенка. Сначала психотерапевт, а затем и сам пациент играют роль Здорового взрослого, воображая какие-либо достижения пациента в прошлом или настоящем.

Поведенческая часть лечения обычно является наиболее важной. Независимо от того, насколько прогрессируют пациенты в других областях, если они не прекращают использовать дезадаптивные копинговые стратегии, схема укрепляется. Психотерапевт помогает пациентам заменить поведение, которым они уступают схеме, избегают схемы или гиперкомпенсируют ее, более адаптивными вариантами. Пациенты ставят цели и задачи, а затем постепенно выполняют их в качестве домашнего задания. Психотерапевт помогает пациентам преодолеть препятствия к выполнению домашней работы. Если проблема в навыках, психотерапевт помогает пациенту развить их. Если проблема в способностях, психотерапевт помогает пациенту переключиться на более подходящую деятельность. Если проблема в тревоге, психотерапевт обучает пациента управлению тревогой. Если проблема в самодисциплине, психотерапевт помогает пациенту структурировать свою жизнь для преодоления прокрастинации и выработки дисциплины. Психотерапевт может помочь пациентам преодолеть препятствия с помощью поведенческих репетиций. Используя работу с воображением и ролевой игры, они могут прорабатывать все проявляющиеся препятствия.

В терапевтических отношениях психотерапевт моделирует поведение, противоречащее схеме: если психотерапевт устанавливает реалистичные цели, постоянно работает над их достижением, заранее обдумывает возможные проблемы, упорствует, несмотря на неудачи, и отмечает прогресс, то собственная профессиональная жизнь психотерапевта может служить "противоядием" от схемы. (Однако профессиональный успех психотерапевта также может возыметь противоположный эффект, заставляя пациента чувствовать себя неадекватно при сравнении с психотерапевтом. Психотерапевт должен осознавать этот риск. Ключевым моментом является то, что психотерапевт моделирует здоровый подход к работе, не подчеркивая излишне свои достижения в профессии.) Психотерапевт также перевоспитывает пациентов, обеспечивая им структуру, поддерживая их, когда они хорошо справляются, признавая их успехи и устанавливая реалистичные ожидания и границы.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Самая распространенная проблема заключается в том, что пациенты сохраняют свое дезадаптивное поведение. Они продолжают уступать схеме, избегать или гиперкомпенсировать ее, вместо того чтобы пытаться измениться. Пациенты настолько убеждены, что потерпят неудачу, что не хотят прилагать усилия в попытке добиться успеха. Работа с режимами помогает пациентам укрепить своего Здорового взрослого, способного и желающего бороться со схемой. В работе с воображением пациенты

заново переживают моменты прошлых и настоящих неудач. Здоровый взрослый помогает Неудачливому ребенку справляться с проблемами, прибегая к использованию адаптивных копинговых стратегий.

ДОМЕН "НАРУШЕНИЕ ГРАНИЦ"

Привилегированность/Грандиозность

Типичные проявления схемы

Такие пациенты чувствуют себя особенными. Они считают, что они лучше других. Чувствуя себя частью некой "элиты", они полагают, что имеют особые права и привилегии и не ощущают себя связанными принципами взаимности, которыми руководствуются здоровые человеческие взаимоотношения. Они пытаются контролировать поведение окружающих, чтобы удовлетворить свои потребности, не сопереживая и не заботясь об их нуждах. Они проявляют себя как эгоисты, демонстрируя свое величие. Они настаивают на том, что должны иметь возможность говорить, делать или иметь то, что хотят, независимо от того, чего это стоит другим. Типичное поведение включает в себя чрезмерную конкуренцию, снобизм, доминирование над другими людьми, отстаивание власти неприятным для окружающих образом и навязывание своей точки зрения.

Мы различаем два типа пациентов со схемой особых прав: те, кто имеет "только особые права", и те, кого в литературе, посвященной расстройствам личности, принято называть "нарциссами". Нарциссические пациенты ведут себя надменно, чтобы компенсировать лежащие в основе их личности чувства неполноценности и эмоциональной депривации. Особенностью нарциссизма являются "хрупкие права", а основное внимание уделяется схемам Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости. Такая дифференциация важна, но она не является центральной терапевтической проблемой. (В главе 10 мы подробно обсудим, как работать с "хрупкими правами").

Напротив, пациенты с "только особыми правами" были просто избалованными детьми, которые и повзрослев не изменили своего поведения. Их права не являются гиперкомпенсацией лежащих в основе схем, и это не способ справиться с предполагаемой угрозой. У пациентов с "только особыми правами" обычно нет лежащих в основе этой особенности схем, лечением которых нужно заниматься. В этой главе мы сосредоточиваемся на "только особых правах", хотя многие из стратегий также могут быть полезны в качестве дополнения при работе с нарциссическим расстройством личности.

У другой группы пациентов есть то, что мы называем "особыми правами на зависимость", — некое сочетание схем зависимости и особых прав. Такие пациенты часто чувствуют, что имеют право быть зависимыми от окружающих, чтобы те проявляли заботу о них. Они верят, что кто-то должен удовлетворять их потребности в еде, одежде, жилье и транспорте, и сердятся, когда этого не происходит. При лечении таких пациентов психотерапевт одновременно работает над схемами особых прав и зависимости.

Терапевтические цели

Основная цель работы со схемой Привилегированности/Грандиозности особых прав — помочь пациентам принять принцип взаимности в человеческом взаимодействии. Мы пытаемся научить пациентов философии, согласно которой, когда речь идет о базовых ценностях, все люди считаются равными от рождения и заслуживают равных прав (в отличие от персонажей книги "Скотный двор" Джорджа Оруэлла, в которой автор изменил эту заповедь следующим образом: "Все животные равны. Но некоторые животные более равны, чем другие".[2]) Все люди одинаково ценны: ни один человек по своей природе не более ценен, чем другой, и не имеет права на особое обращение. Здоровые люди не доминируют и не издеваются над другими людьми, а уважают их потребности и права; они также стараются контролировать свои импульсы, чтобы не причинять вреда окружающим, и бóльшую часть времени следуют разумным социальным нормам.

Приоритетные стратегии в лечении

Чтобы помочь пациентам поддерживать мотивацию к изменениям, психотерапевт постоянно подчеркивает все недостатки схемы Привилегированности/Грандиозности. Часто такие пациенты не приходят на терапию добровольно. Они приходят, потому что кто-то их принуждает, или они сталкиваются с негативными последствиями своего поведения (потеря работы, уход супруга и детей, которые перестали с ними разговаривать), или их гнетет чувство одиночества и пустоты. Они вполне могут испытывать настоящую боль по поводу надвигающейся потери. Психотерапевт выясняет, что вызывает у них боль и почему они пришли на терапию, и использует эти данные как рычаг, чтобы удерживать пациентов в терапии. По сути, психотерапевт говорит: "Если вы не откажетесь от ощущения своего превосходства и не захотите измениться, люди будут продолжать отвечать вам тем же и уходить от вас, а вы по-прежнему будете чувствовать себя несчастным". Психотерапевт продолжает напоминать пациентам, какими будут последствия, если они не захотят измениться.

Работа над межличностными и терапевтическими отношениями является наиболее важной терапевтической стратегией в данном случае. Психотерапевт призывает пациентов проявлять эмпатию и заботиться об окружающих, осознавать ущерб, который они наносят, злоупотребляя властью над ними. Когнитивно-поведенческие стратегии, такие как управление гневом или тренинг ассертивности, также важны, поскольку пациент учится заменять чрезмерно агрессивное поведение ассертивным подходом. Если пациент состоит в любовных отношениях, то часто бывает полезным пригласить на сеанс психотерапии и его партнера. Тогда психотерапевт может работать с парой, чтобы прекратить поведение пациента, основанное на ощущении своих особых прав, чтобы каждый член пары соотносил свои потребности с потребностями другого человека.

Пациенты с этой схемой проводят свою жизнь, выборочно сосредоточиваясь на своих сильных сторонах и игнорируя свои недостатки. Они не имеют реалистичного представления о своих сильных и слабых сторонах. Они не понимают и не принимают

---

[2] Пер. Л.Г. Беспаловой.

того, что у них есть нормальные человеческие слабости, как у всех нас. Психотерапевт использует когнитивные стратегии, чтобы помочь пациентам выработать более реалистичное в*и*дение себя, обращая внимание как на сильные, так и на слабые свои стороны. Кроме того, психотерапевт использует когнитивные стратегии, чтобы бросить вызов их восприятию себя как особого человека, наделенного особыми правами. Пациенты с ощущением особых прав должны учиться следовать тем же правилам, что и остальные люди. Они должны относиться к людям с уважением, на равных. Психотерапевт и пациент рассматривают ситуации из прошлого, в которых пациент вел себя, демонстрируя собственное величие, и это привело к негативным последствиям.

Психотерапевт использует экспериенциальные стратегии, чтобы помочь пациентам признать чрезмерно снисходительное отношение к ним в детстве со стороны родителей. В качестве Здорового взрослого психотерапевт входит в образ пациента и эмпатически противостоит Избалованному ребенку, обучая его принципу взаимности. В конце концов, пациент обретает способность самостоятельно войти в свой образ в качестве Здорового взрослого.

Психотерапевт отслеживает "особое" поведение пациента в терапевтических отношениях и противостоит каждому такому случаю посредством эмпатической конфронтации. Психотерапевт перевоспитывает пациента, устанавливая границы всякий раз, когда он ведет себя запугивающим или унижающим образом либо ненадлежащим образом выражает гнев. Психотерапевт использует терапевтические отношения для поддержки пациентов всякий раз, когда они признают свои недостатки, рассматривают людей как равных себе или испытывают чувство неполноценности. Психотерапевт хвалит пациентов, когда они выражают сочувствие, сдерживают свои разрушительные импульсы и необоснованный гнев. Наконец, психотерапевт не поощряет чрезмерное внимание пациента к статусу и другим внешним признакам при формировании суждений о себе и других людях.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Одна из вероятных трудностей — помочь пациенту поддерживать мотивацию к изменениям. Значительная часть пациентов со схемой Привилегированности/Грандиозности бросает терапию до того, как им станет лучше, поскольку б*о*льшая часть получаемой ими вторичной выгоды обеспечивается именно благодаря схеме. Приятно получать то, что хочешь. Так зачем же пациенту меняться? Психотерапевт должен найти рычаги воздействия — примеры ситуаций, которые являются неблагоприятными для пациента именно вследствие проявлений его схемы Привилегированности/Грандиозности. Затем психотерапевт должен постоянно напоминать пациенту о негативных последствиях его схемы.

Недостаточность самоконтроля

Типичные проявления схемы

Пациентам с такой схемой обычно не хватает двух качеств: 1) самоконтроля — способности надлежащим образом сдерживать свои эмоции и импульсы;

2) самодисциплины — способности переносить скуку и фрустрацию в степени, достаточной для достижения поставленных целей. Такие пациенты не в состоянии адекватно сдерживать свои эмоции и импульсы. Как в личной жизни, так и на работе им трудно отсрочить немедленное вознаграждение ради достижения долгосрочных целей. Кажется, что они неспособны в достаточной степени учиться на собственном опыте, анализируя негативные последствия своего поведения. Они либо не могут, либо не хотят проявлять достаточный самоконтроль или самодисциплину. (В книге Кэрри Фишер *Postcards from the Edge* ("Открытки с края бездны") эта особенность прослеживается в следующей строке: "Проблема с немедленным вознаграждением заключается в том, что его получаешь недостаточно быстро" (*Fisher, 1989, p. 9*).)

На крайнем конце спектра этой схемы находятся пациенты, которые кажутся плохо воспитанными маленькими детьми. В более мягких вариантах схемы пациенты делают преувеличенный акцент на избегании дискомфорта. Они предпочитают избегать боли, конфликтов, конфронтации, ответственности и перенапряжения — даже ценой полноты своей жизни и целостности собственной личности.

Типичное поведение включает в себя импульсивность, склонность отвлекаться, дезорганизованность, нежелание проявлять усидчивость при выполнении скучных заданий, чрезмерное проявление эмоций, такое как приступы гнева или истерика, а также ненадежность и привычку опаздывать. Подобные проявления поведения объединяет стремление к немедленному удовлетворению ценой отказа от долгосрочных целей.

Употребление психоактивных веществ или другие виды зависимости не являются первичными симптомами данной схемы. Употребление психоактивных веществ не является определяющей характеристикой этой схемы, хотя часто сопровождает ее. Само по себе аддиктивное поведение, — такое как употребление наркотиков или злоупотребление алкоголем, переедание, игромания, беспорядочные половые связи, — не является обязательным атрибутом этой схемы. Зависимости могут быть способами борьбы со многими другими схемами, не только с этой: они могут быть способом избегания боли, причиняемой практически любой схемой. Скорее, эта схема применима к пациентам, которые испытывают трудности с контролем или дисциплиной в широком диапазоне ситуаций. Они не могут ограничивать свои эмоции и импульсы во многих сферах жизни и демонстрируют широкий спектр проблем с самоконтролем, проявляющийся не только в аддиктивном поведении.

Мы полагаем, что каждый ребенок рождается с импульсивным режимом. Будучи естественной частью личности каждого человека, он проявляется в неспособности брать себя под контроль и учиться самодисциплине, — а это дезадаптивное поведение. Дети по своей природе неконтролируемы и недисциплинированны. Благодаря опыту, получаемому в семье и в обществе в целом, мы постепенно осваиваем навыки самоконтроля и самодисциплины. Мы интернализируем режим Здорового взрослого, который может сдерживать Импульсивного ребенка, чтобы достигать долгосрочных целей. Иногда другая проблема, такая как синдром дефицита внимания и гиперактивности, затрудняет достижение ребенком этих целей.

У пациентов зачастую не наблюдается каких-то конкретных убеждений и чувств, которые сопровождают эту схему. Пациенты с такой схемой редко говорят что-то наподобие "выражать любые свои чувства — это нормально" или "мне следует быть

импульсивным". Скорее, пациенты воспринимают схему как нечто, находящееся вне зоны их контроля. Схема не кажется эго-синтоничной, как в случае с другими схемами. Большинство пациентов с этой схемой хотят быть более дисциплинированными и способными контролировать себя; они продолжают стараться, но, похоже, не могут прилагать усилия в течение длительного времени.

Импульсивый режим — это также режим, в котором человек способен быть спонтанным и расторможенным. Человек в этом режиме может играть, вести себя непринужденно, веселиться. У режима есть положительная сторона, но когда она чрезмерно себя проявляет, — когда она не уравновешена другими сторонами личности, — издержки превышают выгоду, и эта положительная сторона становится разрушительной.

Терапевтические цели

Основная цель — помочь пациентам осознать необходимость отказа от немедленного удовлетворения ради долгосрочных целей. Выгоды от выражения своих эмоций или выполнения действий, которые немедленно доставляют удовольствие, не компенсируют отказа от карьерного роста, достижений, общения с людьми и низкой самооценки.

Приоритетные стратегии в лечении

Техники когнитивно-поведенческой терапии — почти всегда самые полезные стратегии в работе над этой схемой. Психотерапевт помогает пациентам учиться самоконтролю и самодисциплине. Основная идея заключается в том, что *пациенты должны научиться размещать мысли между импульсом и действием*. Они должны научиться думать о последствиях *до того*, как поддаться побуждению.

В качестве домашней работы пациенты получают ряд заданий с постепенно повышающейся сложностью — заданий на выполнение скучных и рутинных дел, на своевременность, на структурирование, на толерантность к фрустрации и на сдерживание чрезмерных эмоций и импульсов. Пациенты начинают с простых заданий, которые не вызывают у них особых затруднений. Они заставляют себя выполнять их в течение определенного времени, постепенно увеличивая его. Пациенты обучаются техникам, которые помогают им контролировать свои эмоции. К таким техникам можно отнести тайм-аут и техники самоконтроля (медитация, релаксация, отвлечение), копинг-карточки с указанием причин, по которым они должны себя контролировать, и техник, которые они могут для этого использовать. Во время сеансов психотерапии пациенты могут прибегать к поведенческим репетициям в воображении или к ролевым играм, чтобы тренировать в себе самоконтроль и самодисциплину. Они могут вознаграждать себя, когда успешно проявляют самообладание и самодисциплину. Награждение может включать похвалу самого себя, какое-то развлечение или подарок, свободное время.

Иногда схема Недостаточности самоконтроля связана с другой схемой, которая может являться первичной проблемой. В этом случае психотерапевт должен работать как с этой центральной схемой, так и со схемой Недостаточности самоконтроля. Например, иногда схема запускается вследствие слишком длительного подавления пациентом большого количества эмоций. Это часто происходит со схемой Покорности.

Пациенты, у которых она присутствует, в течение длительного времени сдерживают гнев, когда испытывают его. Постепенно их гнев накапливается, а затем внезапно вырывается из-под контроля. Когда пациенты от длительной пассивности переходят к внезапным приступам агрессии, у них часто присутствует базовая схема Покорности (см. соответствующий раздел). Если пациенты смогут научиться адекватным образом выражать в текущей ситуации то, что они чувствуют, и то, в чем они нуждаются, то гнев не будет накапливаться. Чем меньше пациенты подавляют свои потребности и чувства, тем меньше вероятность того, что они будут проявлять импульсивное поведение.

Некоторые экспериенциальные техники также будут полезны. Пациенты могут представить себе ситуации из прошлого и настоящего, когда они демонстрировали недостаточный самоконтроль или самодисциплину. Сначала психотерапевт, а затем и сам пациент принимают роль Здорового взрослого, который помогает Недисциплинированному ребенку проявлять самообладание. Когда схема Недостаточности самоконтроля связана с другой схемой, психотерапевт может использовать экспериенциальные техники, чтобы помочь пациентам бороться с базовой схемой. Это особенно важно в работе с пациентами с ПРЛ (пограничным расстройством личности). Вследствие своей схемы подчинения, они чувствуют, что им не позволено выражать свои потребности и чувства. Всякий раз, делая это, они чувствуют, что заслуживают наказания со стороны своего интернализированного Наказывающего родителя. Они постоянно подавляют свои потребности и чувства. Со временем потребности и чувства накапливаются, и они утрачивают способность сдерживать их и переходят в режим Сердитого ребенка, чтобы выразить все, что накопилось. Они внезапно приходят в ярость и становятся импульсивными. Когда это происходит, общий подход психотерапевта состоит в том, чтобы позволить пациенту полностью проявить себя, выразить сопереживание, а затем провести проверку реальности.

В терапевтических отношениях важно, чтобы психотерапевт устанавливал четкие границы для своих пациентов. Это особенно необходимо в том случае, когда пациента недостаточно ограничивали в детстве. Некоторые пациенты, обладающие этой схемой, в детстве привыкли подолгу оставаться дома одни, поскольку их родители весь день были на работе. Некому было прививать им навыки самодисциплины. Когда источником схемы выступает отсутствие в детстве родительского участия, психотерапевт может предоставить частичное "противоядие", активно перевоспитывая пациента. Психотерапевт устанавливает определенные последствия — к примеру, для опозданий на сеансы или невыполненных домашних заданий.

Специфические проблемы с данной схемой

Иногда схема кажется биологически обоснованной, и поэтому ее очень трудно изменить с помощью одной лишь психотерапии, — например, когда у пациента имеются трудности в учебе вследствие синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Если схема обоснована биологическими факторами, то даже когда пациенты высоко мотивированы и прилагают большие усилия, они могут быть не в состоянии развить самоконтроль и самодисциплину в достаточной степени. На практике часто неясно,

насколько схема связана с темпераментом, а насколько — с недостаточными ограничениями в детстве. Возможность применения лекарств следует рассматривать в случае с пациентами, которые испытывают постоянные трудности в борьбе со схемой, несмотря на очевидные усилия по выполнению заданий в рамках психотерапии.

ДОМЕН "ЧРЕЗМЕРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ЖЕСТКИЕ СТАНДАРТЫ"

Покорность

Типичные проявления схемы

Такие пациенты позволяют другим людям доминировать над ними. Они передают право контроля над собой окружающим, потому что испытывают угрозу наказания или оставления. Схема имеет две формы: первая — подчинение *потребностей*, когда пациенты подавляют свои желания и следуют требованиям других людей; вторая — подчинение *эмоций*, когда пациенты подавляют свои чувства (главным образом, гнев), потому что боятся, что другие люди нанесут ответный удар. Схема предусматривает наличие ощущения того, что собственные потребности и чувства пациента необоснованны и не имеют значения для других людей. Схема почти всегда приводит к накоплению гнева, что проявляется в таких неадаптивных симптомах, как пассивно-агрессивное поведение, неконтролируемые вспышки гнева, психосоматические симптомы, употребление психоактивных веществ.

Пациенты с этой схемой, как правило, склонны к такой копинговой стратегии, как капитуляция: они чрезмерно уступчивы и обостренно чувствительны к ощущению загнанности в ловушку. Они чувствуют себя запуганными, преследуемыми и бессильными. Они ощущают себя во власти авторитетных фигур: авторитетные фигуры более сильны и властны; следовательно, пациенты должны подчиняться им. Схема предполагает значительный уровень страха. По сути, пациенты боятся, что, если расскажут о своих потребностях и чувствах, с ними произойдет что-то плохое. Кто-то важный разозлится на них, откажется от них, накажет, отвергнет или будет критиковать. Такие пациенты подавляют свои потребности и чувства не потому, что считают, что им *следует* это делать, а потому что чувствуют себя *обязанными* это делать. Их самопожертвование не основано на интернализированных ценностях или желании помочь другим; скорее, оно основано на страхе перед местью. Напротив, схемы Покорности, Подавления эмоций и Жестких стандартов/Сверхкритичности схожи в том, что у пациентов имеются интернализированные ценности, согласно которым неправильно выражать свои потребности и чувства: они считают, что в некотором смысле плохо или недостойно выражать свои потребности и чувства, поэтому испытывают стыд или вину, когда делают это. Пациенты с этими тремя схемами не чувствуют себя контролируемыми — их локус контроля интернальный (внутренний). Напротив, пациенты со схемой подчинения имеют экстернальный (внешний) локус контроля. Они считают, что должны

подчиняться авторитетным фигурам, независимо от того, считают они это правильным или нет, иначе они будут каким-то образом наказаны.

Часто эта схема приводит к поведению избегания. Пациенты избегают ситуаций, в которых их могут контролировать, или же в которых имеется вероятность "оказаться в ловушке". Некоторые пациенты избегают романтических отношений, потому что воспринимают их как клаустрофобические или подавляющие. Схема может также привести к поведению гиперкомпенсации, такому как непослушание и оппозиционность. Мятежность является наиболее распространенной формой гиперкомпенсации схемы подчинения.

Терапевтические цели

Основная терапевтическая цель состоит в том, чтобы помочь пациентам осознать, что они имеют право на потребности и чувства, имеют право выражать их. Как правило, лучший способ — это адекватно выражать потребности и чувства в момент их возникновения, а не ждать до тех пор, пока они вырвутся наружу. Когда пациенты выражают себя надлежащим образом (а это очень полезно!), здоровые люди обычно не мстят им за это. Люди, которые постоянно мстят за выражение кем-то своих потребностей и чувств, являются токсичными, и с ними не следует иметь близких отношений. Мы призываем пациентов строить отношения с людьми, которые позволяют им нормально выражать свои потребности и чувства, и избегать отношений с теми, кто этого не делает.

Приоритетные стратегии в лечении

Все четыре типа стратегий — когнитивные стратегии, экспериенциальные стратегии, поведенческие стратегии и терапевтические отношения — важны для лечения этой схемы.

С когнитивной точки зрения, пациенты со схемой Покорности имеют нереалистичные негативные ожидания относительно последствий раскрытия своих потребностей и чувств своим значимым другим. Изучая фактические доказательства и разрабатывая поведенческие эксперименты, пациенты узна*ют*, что их ожидания преувеличены. Кроме того, важно, чтобы пациенты поняли преимущества здорового выражения своих потребностей и чувств, даже если в детстве родители учили их, что это неприемлемо.

Экспериенциальные стратегии чрезвычайно важны. Работая с воображением, пациенты выражают гнев и отстаивают свои права перед Требовательным родителем и другими авторитетными фигурами. Часто у пациентов с этой схемой возникают проблемы с выражением гнева, особенно по отношению к доминирующему родителю. Психотерапевт должен продолжать работу с экспериенциальными техниками до тех пор, пока пациенты не смогут свободно выражать гнев, работая с воображением и в ролевых играх. Выражение гнева имеет решающее значение для преодоления схемы. Чем больше пациенты соприкасаются со своим гневом и выражают его, работая с воображением или в ролевых играх (особенно в отношении контролирующего родителя), тем успешнее они смогут бороться со схемой в своей повседневной жизни. Целью выражения гнева является не просто освобождение, а скорее, помощь пациентам в том, чтобы

почувствовать себя способными постоять за себя. Гнев обеспечивает мотивацию и импульс для борьбы с пассивностью, которая почти всегда сопровождает подчинение.

Крайне важной поведенческой стратегией является помощь пациентам в выборе относительно неконтролирующих партнеров. Обычно люди со схемой подчинения тянутся к контролирующим партнерам. Если они смогут испытывать влечение к партнеру, который стремится к отношениям на равных, это идеальный вариант. Однако, как правило, такие пациенты будут выбирать кого-то контролирующего, с кем они могли бы испытать "химию схемы". Мы надеемся, что партнер окажется не настолько контролирующим, чтобы пациенты вообще не могли выразить свои потребности и чувства. Если партнер достаточно доминирующий, чтобы вызывать такую "химию", но при этом готов принимать во внимание чувства и потребности пациента, то это может способствовать излечению схемы. В таком случае будет достаточно "химии", чтобы поддерживать отношения, но также достаточно эффекта от лечения, чтобы преодолеть схему и начать жить здоровой жизнью. Пациенты также работают над выбором неконтролирующих друзей. Техники ассертивности могут помочь пациентам научиться отстаивать свои потребности и чувства в отношениях с партнером и с другими людьми.

Если вследствие схемы имеется неразвитая идентичность — когда пациенты настолько услужливо удовлетворяют потребности и предпочтения других людей, что не знают своих собственных, — то пациенты могут работать над индивидуацией. Экспериенциальные и когнитивно-поведенческие техники могут помочь пациентам определить их естественные склонности и тренироваться действовать в соответствии с ними. Например, пациенты могут выполнять упражнения по работе с воображением, чтобы воссоздать ситуации, в которых они подавляли свои потребности и предпочтения. Работая с воображением, пациенты могут проговаривать вслух свои потребности и желания. Они могут представить себе последствия. Пациенты могут проводить ролевые игры, выражая свои потребности и предпочтения вместе с другими участниками на терапевтических сеансах, а затем выражать их в действительности, выполняя домашние задания.

Большинство подчиняющихся пациентов изначально воспринимают психотерапевта как авторитетную фигуру, которая хочет контролировать их или доминировать над ними. Они воспринимают психотерапевта как контролирующего человека, даже когда он этого не делает. С точки зрения практики замещающего родительства, лучше, чтобы психотерапевт был умеренно директивен. Психотерапевт стремится быть настолько недирективным, насколько это возможно, позволяя пациентам делать выбор на протяжении всего терапевтического процесса: какие проблемы они хотят решать, каким техникам обучаться и какие домашние задания выполнять. Применяя эмпатическую конфронтацию, психотерапевт также подчеркивает любое похвальное поведение со стороны пациентов. Наконец, психотерапевт помогает пациентам распознавать и выражать гнев по отношению к психотерапевту по мере его возникновения, прежде чем эмоции достигнут критической отметки.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Поскольку пациенты экспериментируют с выражением своих потребностей и чувств, зачастую это им не очень хорошо удается. Вначале им может сложно даваться ассертивное поведение, или они могут переходить в противоположную крайность,

становясь излишне агрессивными. Психотерапевт может помочь пациентам понять, что потребуется некоторое время, чтобы достичь равновесия между подавлением и выражением своих потребностей и чувств, и что они не должны судить себя за это слишком строго.

Когда пациенты со схемой Покорности начинают стараться выразить свои потребности и чувства, они часто говорят что-то вроде: "Но я не знаю, чего хочу. Я не знаю, что чувствую". В таких случаях, когда схема подчинения связана со схемой Неразвитой идентичности, психотерапевт может помочь пациентам развить чувство собственной идентичности, показывая, как отслеживать свои желания и эмоции. Упражнения по работе с воображением могут помочь пациентам исследовать свои чувства. В конце концов, большинство пациентов, сопротивляясь схеме Покорности и стараясь сосредоточиться на себе, приходят к пониманию того, чего они хотят и что чувствуют.

Поскольку некоторым психотерапевтам нравится демонстрируемое пациентами уважение, они могут невольно подкреплять их схему подчинения. Легко спутать излишне покорного пациента с просто хорошим пациентом. Оба они соблюдают правила; но пациенты со схемой Покорности излишне озабочены их соблюдением. Это подкрепляет, а не излечивает их схему подчинения.

Мы обнаружили, что в большинстве случаев излечить эту схему несложно. В своей практике мы наблюдаем высокий уровень эффективности схема-терапии в работе со схемой подчинения.

Самопожертвование

Типичные проявления схемы

Пациенты со схемой Самопожертвования, как и пациенты со схемой Покорности, проявляют чрезмерное внимание к удовлетворению потребностей других людей в ущерб собственным потребностям. Однако, в отличие от пациентов со схемой подчинения, они воспринимают свое подчинение как добровольный выбор. Они делают это потому, что хотят оградить других людей от переживания боли, чтобы было так, как они считают правильным, чтобы избежать чувства вины и эгоизма или чтобы поддерживать связь со значимыми другими, которых они считают нуждающимися в заботе. Схема Самопожертвования часто является результатом того, что мы считаем высокой способностью к эмпатии — острой чувствительностью к страданиям других людей. Некоторые люди настолько сильно переживают чужую душевную боль, что у них возникает стремление облегчить или предотвратить ее. Они не хотят делать или допускать что-то, что может вызывать боль у окружающих. Самопожертвование часто включает в себя чувство чрезмерной ответственности за других и поэтому является близким к понятию созависимости.

У пациентов с этой схемой часто возникают психосоматические симптомы, такие как головные боли, проблемы с желудочно-кишечным трактом, хронические боли или усталость. Физические симптомы могут быть для этих пациентов средством привлечь к себе внимание, не обращаясь за этим к окружающим напрямую и не осознавая этого. Благодаря своим симптомам, они позволяют себе принимать заботу от других, а также получают возможность снизить степень своего участия в судьбе окружающих,

ведь они “действительно больны”. Эти симптомы также могут являться прямым результатом стресса, вызванного тем, что человек много делает для других, но мало получает взамен.

Пациенты с этой схемой почти всегда имеют сопутствующую схему Эмоциональной депривированности. Они удовлетворяют потребности других, но их собственные потребности при этом не удовлетворены. На первый взгляд кажется, что они счастливы в своем самопожертвовании, но на самом деле они испытывают глубокое чувство эмоциональной депривации. Иногда они гневаются на объект своего самопожертвования. Обычно пациенты с этой схемой отдают другим так много, что в конечном итоге причиняют себе этим вред.

Часто такие пациенты убеждены, что не ожидают ничего взамен, но когда окружающие не предоставляют им обратную связь и поддержку в достаточной мере, они испытывают обиду. Гнев не является обязательным условием схемы, но пациенты, жертвующие собой ради значимых других и не получающие ничего от них взамен (или получающие недостаточно), испытывают как минимум некоторое негодование.

Как мы отмечали в предыдущем разделе, посвященном схеме Покорности, важно отличать самопожертвование от подчинения. Когда у пациентов присутствует схема Покорности, они отказываются от своих потребностей вследствие страха перед внешними последствиями. Они боятся, что другие люди собираются отомстить им или отвергнуть их. Обладая схемой Самопожертвования, пациенты отказываются от своих потребностей вследствие их внутренних ощущений или стандартов (в соответствии с теорией морального развития Кольберга (*Kohlberg, 1963*), самопожертвование соответствует более высокому уровню морального развития, чем покорность.) Покорные пациенты ощущают себя под контролем; пациенты с самопожертвованием воспринимают ситуацию как свой добровольный выбор.

Происхождение этих двух схем также различно. Хотя эти две схемы пересекаются, по своему происхождению они почти противоположны. Источником схемы Покорности обычно является контролирующий и доминирующий родитель; в схеме Самопожертвования родитель обычно слабый, нуждающийся, занимающий позицию ребенка, беспомощный, больной или подавленный. Таким образом, в первом случае схема развивается из взаимодействия со слишком сильным родителем, а во втором — со слишком слабым или больным. Взрослый со схемой Самопожертвования обычно проявляет такое поведение: внимательное выслушивает других вместо того, чтобы говорить о себе; заботится в первую очередь о других, а не о себе; сосредоточивает внимание на других и испытывает дискомфорт, когда внимание сосредоточено на нем; не способен прямо выразить свои потребности. Одна из наших пациенток рассказала следующую историю о своей матери, обладавшей склонностью к самопожертвованию: “Однажды утром я варила себе кофе. Моя мама зашла на кухню, и я спросила ее, не хочет ли она чашечку кофе. “Нет, я не хочу тебя обременять”, — сказала мать. “Да ты и не обременяешь, — ответила пациентка, — я просто хочу приготовить тебе чашку кофе”. — “Нет-нет”, — сказала мама, и пациентка приготовила только одну чашку. Когда пациентка закончила варить кофе, ее мать сказала: “Ты что, не могла сварить кофе и для меня?”

В случае с этой схемой также может присутствовать вторичная выгода. Схема имеет положительные стороны, будучи патологичной лишь в крайних своих вариантах.

Пациенты могут испытывать чувство гордости за свою заботу о людях. Они считают себя хорошими людьми, поскольку ведут себя альтруистически, нравственно и добродетельно. (Однако иногда схеме сопутствует чувство “никогда не достаточно”, и, независимо от того, насколько много делают люди, они все равно испытывают вину за то, что этого якобы недостаточно.) Еще одним потенциальным источником вторичной выгоды является то, что схема может привлечь людей. Многие наслаждаются эмпатией и помощью жертвенного человека. У пациентов с этой схемой обычно много друзей, хотя их собственные потребности редко удовлетворяются в этих отношениях.

Что касается гиперкомпенсирующего поведения, то после длительной жертвенности некоторые пациенты внезапно впадают в чрезмерный гнев. Они приходят в ярость и прекращают отдавать. Когда жертвующие чувствуют себя недооцененными, они иногда принимают ответные меры, словно говоря: “Я больше не собираюсь тебе ничего давать”. Одна пациентка со схемой Самопожертвования рассказала своему психотерапевту следующий случай, произошедший после смерти ее матери. Она тогда была подростком, и ей пришлось начать готовить, убирать и стирать для своего отца. Однажды, когда она гладила, в комнату вошел ее отец и сказал: “Не забывай застегивать мои рубашки, когда вешаешь их на вешалку”. Пациентка прекратила глажку, вышла из комнаты и больше никогда не готовила, не убирала и не стирала для своего отца. “Я стирала свою одежду, а его вещи оставляла лежать кучей на полу”, — подытожила она.

Терапевтические цели

Одна из основных целей — научить пациентов со схемой Самопожертвования тому, что все люди имеют равные права на удовлетворение своих потребностей. Несмотря на то, что эти пациенты чувствуют, что они сильнее других, на самом деле большинство из них эмоционально депривированы. Они жертвуют собой и вследствие этого не могут удовлетворять свои потребности. Поэтому они нуждаются в заботе — не в меньшей мере, чем большинство тех людей, которым они себя посвящают. Основное отличие состоит в том, что пациенты со схемой Самопожертвования не осознают своих потребностей. Они обычно подавляют выражение фрустрации по поводу собственных неудовлетворенных потребностей, чтобы продолжать жертвовать собой и дальше.

Важная терапевтическая цель — помочь пациентам со схемой Самопожертвования признать, что у них есть потребности, которые не удовлетворяются, даже если сами пациенты не осознают их; и что у них есть такое же право на удовлетворение своих потребностей, как и у всех остальных. Несмотря на вторичную выгоду, которую может принести схема, такие пациенты платят высокую цену за свое самопожертвование. Они не получают того, что им очень нужно — заботу окружающих.

Еще одна терапевтическая цель — снизить уровень ответственности у пациента. Психотерапевт показывает пациенту, что обычно тот преувеличивает уязвимость и беспомощность окружающих. Многие люди не настолько уязвимы и беспомощны, как полагает пациент, и если пациент будет меньше отдавать, у них по-прежнему все будет хорошо. В большинстве случаев никто не пострадает и не будет испытывать невыносимый дискомфорт, если пациент будет меньше ему отдавать.

Еще одной терапевтической целью является устранение эмоциональной депривации пациентов. Психотерапевт побуждает пациентов уделять внимание своим потребностям, позволять окружающим удовлетворять их потребности, просить о желаемом более прямо и позволять себе быть более уязвимыми вместо того, чтобы казаться сильными б*о*льшую часть времени.

Приоритетные стратегии в лечении

Все четыре составляющие изменения важны для работы над этой схемой. С когнитивной точки зрения психотерапевт помогает пациентам проверить свои преувеличенные представления об уязвимости окружающих и их потребности в заботе. Кроме того, психотерапевт помогает пациентам повысить уровень их осведомленности о своих потребностях. В идеале пациенты понимают, что у них имеются потребности — в заботе, понимании, защите и наставлении, — которые оставались неудовлетворенными в течение длительного времени. Они заботятся о других, но не позволяют другим заботиться о себе.

Кроме того, психотерапевт помогает пациентам осознать другие схемы, лежащие в основе их самопожертвования. Как мы уже отмечали, пациенты со схемой Самопожертвования почти всегда обладают некоторым уровнем эмоциональной депривированности. Схема Дефективности/Стыдливости также часто связана с этой схемой: такие пациенты "отдают больше", поскольку чувствуют, что сами "ст*о*ят меньше". Схема Покинутости/Нестабильности также может быть связана со схемой Самопожертвования: пациенты жертвуют собой, чтобы не дать другому человеку отказаться от них. Это относится и к схеме Зависимости/Беспомощности: пациенты жертвуют собой, чтобы родитель оставался связанным с ними и продолжал заботиться о них. Схема Самопожертвования может быть связана также со схемой Поиска одобрения — пациенты заботятся о других, чтобы получить одобрение или признание своих усилий.

Психотерапевт подчеркивает дисбаланс в отношениях пациента с другими людьми: неадекватное соотношение между тем, что пациенты отдают, и тем, что они получают от значимых других. В здоровых отношениях между равными людьми каждый что-то отдает и получает, и объем поддержки обеих сторон быть примерно равным. Такое равновесие не обязательно должно соблюдаться в каждом отдельно взятом аспекте отношений, но должно присутствовать в отношениях в целом. Каждый человек отдает и получает в соответствии со своими возможностями, но общий баланс примерно равен. Существенный дисбаланс в этом соотношении, как правило, вреден для пациента. (Исключением являются неравные отношения, например, отношения родителей и детей. Пациенты, жертвующие чем-то ради своих детей, не обязательно имеют схему Самопожертвования. Чтобы можно было говорить о наличии схемы, пациенты должны быть жертвенными во многих отношениях, жертвенность должна быть частью их общего паттерна отношений.)

На экспериенциальном уровне психотерапевт помогает пациенту осознать свою эмоциональную депривированность, как детскую, так и присутствующую в его нынешней жизни. Пациенты выражают грусть и гнев по поводу своих неудовлетворенных эмоциональных потребностей. Работая с воображением, они сталкиваются с

родителем, который лишил их заботы — с эгоцентричным, нуждающимся в заботе или подавленным родителем, который не воспитывал, не слушал, не защищал и не направлял своего ребенка. Они выражают гнев по поводу того, что стали ребенком, выполняющим функции родителя: даже если со стороны родителя это было непреднамеренно, все равно несправедливо, что ребенку пришлось играть эту роль. Пациенты признают, что у них не было нормального детства. Работая с воображением, они выражают гнев по отношению к значимым другим, которые лишают их заботы в настоящей жизни, и вопрошают, в чем же они на самом деле нуждаются.

С поведенческой точки зрения пациенты учатся более прямо просить об удовлетворении своих потребностей и проявлять свою уязвимость вместо силы. Они учатся выбирать сильных и отдающих партнеров, а не слабых и нуждающихся в заботе. (Пациентов с этой схемой часто влечет к слабым и нуждающимся партнерам, например к зависимым от психоактивных веществ или депрессивным, а не к партнерам, которые могут отдавать на равных.) Кроме того, пациенты учатся устанавливать границы в отношении того, сколько они дают другим людям.

Для пациентов со схемой Самопожертвования применима одна терапевтическая стратегия, которая может быть вредной для пациентов с другими схемами: пациенты отслеживают, сколько они отдают и сколько получают в отношениях со значимыми другими. Сколько они делают, слушают, заботятся в отношении каждого значимого другого, и сколько они получают взамен? Когда равновесие нарушено, как это обычно бывает у пациентов со схемой Самопожертвования, они могут постараться его восстановить. Они могут начать делать меньше и просить больше.

В некотором смысле эта схема противоположна схеме Привилегированности/Грандиозности, которая предполагает сосредоточенность на себе, тогда как схема Самопожертвования — сосредоточенность на других. Эти две схемы хорошо "сочетаются" в отношениях: пациенты, у которых есть одна из этих схем, часто сходятся с теми, у кого есть противоположная схема. Еще одно распространенное сочетание — партнер со схемой Самопожертвования и партнер со схемой зависимости, в которой первый делает все для второго. Психотерапия может помочь таким парам "подтянуть" друг друга к более здоровому среднему уровню.

Если говорить о схемах самих психотерапевтов, Самопожертвование является одной из наиболее распространенных схем (за ней следует Эмоциональная депривированность). Для многих специалистов в области психического здоровья схема Самопожертвования была одним из факторов, побудивших их выбрать свою профессию. Если и пациент, и психотерапевт обладают этой схемой, потенциальная проблема может заключаться в том, что психотерапевт будет непреднамеренно моделировать излишне жертвенное поведение. Как в терапевтических отношениях, так и при обсуждении других сфер жизни, психотерапевты должны демонстрировать, что хотя они и отдают много, но при этом не отказываются от себя. Психотерапевт имеет собственные потребности и права в отношениях и выражает их адекватным образом.

Важно, чтобы психотерапевты много отдавали пациентам с такой схемой, потому что последние слишком мало получали от родителей и других людей. Для психотерапевтов важно быть внимательными и не позволять пациентам заботиться о них. Всякий раз, когда жертвенный пациент пытается позаботиться о психотерапевте,

психотерапевт указывает на этот паттерн посредством эмпатической конфронтации. Психотерапевт призывает пациента как можно больше полагаться на него. Некоторые из этих пациентов никогда ни на кого не полагались. Психотерапевт валидирует потребность пациента в зависимости и призывает его перестать вести себя, как взрослый и сильный человек, а вместо этого быть уязвимым, а иногда даже немного ребенком, в отношениях с психотерапевтом.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Одна из проблем заключается в особой ценности самопожертвования с точки зрения культуры и религии. Кроме того, Самопожертвование не является дисфункциональной схемой до определенной степени выраженности. Оно становится таковым лишь в своих крайних формах. Чтобы мы могли говорить о жертвенности пациента как о дезадаптивной схеме, она должна провоцировать возникновение проблем в его жизни. Она должна вызывать определенные симптомы или делать его отношения несчастными. Иными словами, схема должна проявлять себя, как проблема: гнев накапливается, пациент испытывает психосоматические жалобы, чувствует себя эмоционально депривированным или иным способом переживает эмоциональные страдания.

Поиск одобрения

Типичные проявления схемы

Пациенты с этой схемой придают чрезмерное значение получению одобрения или признания от окружающих за счет отказа от удовлетворения своих базовых эмоциональных потребностей и выражения своих естественных склонностей. Поскольку они обычно сосредоточены на реакциях других, а не на собственных переживаниях, они не могут развить устойчивое, направленное вовнутрь, чувство собственной идентичности.

Существуют два подтипа этой схемы. Первый — поиск одобрения, желание всем понравиться; такие люди хотят соответствовать окружению и быть принятыми. Второй — поиск признания, аплодисментов и восхищения. Последний вариант характерен для нарциссичных пациентов: они переоценивают статус, внешность, деньги или достижения в качестве средств завоевания восхищения других. Оба подтипа сосредоточены на получении одобрения или признания с целью повышения самооценки. Их чувство собственного достоинства зависит от реакции других людей, а не от собственных ценностей или склонностей. Одна молодая пациентка с этой схемой сказала: “Вам доводилось встречать на улице женщин, которые выглядят так, как будто у них потрясающая жизнь? На самом деле их жизнь может быть ужасной, но когда они проходят мимо, вы думаете, что все замечательно. Я часто думала, что, если бы мне пришлось выбирать, я бы предпочла выглядеть так, как будто у меня прекрасная жизнь, чем действительно проживать такую жизнь”.

Алис Миллер (*Miller, 1975*) описала проблему поиска признания в своей книге *Prisoners of Childhood* (Узники детства). Многие из случаев, которые она описывает, — примеры нарциссических личностей. Будучи детьми, они научились стремиться

к признанию, поскольку это было тем, что поощрялось, или тем, что их заставляли делать. Родители получали основания гордиться своими детьми, но сами дети все более отдалялись от своей подлинной природы — от своих базовых потребностей и естественных склонностей.

В книге Миллер упоминается как схема Эмоциональной депривированности, так и схема Поиска одобрения. Поиск одобрения часто, но не всегда, связан со схемой Эмоциональной депривированности. Во многих семьях родители полностью сосредоточены на своих детях и выражении любви, но также чрезмерно озабочены тем впечатлением, которое они производят на окружающих. Дети из таких семей чувствуют себя любимыми, но у них не развивается устойчивое, направленное внутрь чувство собственного "Я": оно у них зависит от реакций других людей. У них присутствует неразвитое или ложное чувство собственной идентичности, но не истинное чувство идентичности. Нарциссические пациенты представляют собой крайний случай проявления этой схемы, но существует также множество более легких форм, при которых пациенты более здоровы психологически, но при этом все еще стремятся к одобрению или признанию в ущерб самовыражению.

Типичное поведение включает в себя уступчивость или угодливость по отношению к окружающим с целью получить одобрение. Некоторые обладатели такой схемы даже ставят себя в подчиненную роль, чтобы заслужить одобрение, так что окружающие могут чувствовать себя неловко рядом с ними, чувствуя, что им стремятся угодить. Типичное поведение также включает в себя повышенное внимание к внешнему виду, деньгам, статусу, достижениям и успеху как средствам получения признания. Такие люди могут охотиться за комплиментами или казаться тщеславными и хвастаться своими достижениями. Или же они могут не говорить о себе напрямую, но исподтишка манипулировать ходом разговора, направляя его на предметы своей гордости.

Схема Поиска одобрения отличается от других схем, которые могут привести к поведению, направленному на поиск одобрения. Когда пациенты ищут одобрения, по их мотивации мы можем определить, является ли их поведение частью той или иной схемы. Схема Поиска одобрения отличается от схемы Жестких стандартов/Придирчивости (даже если их происхождение в детстве может казаться похожим) тем, что пациенты со схемой Жестких стандартов/Придирчивости стремятся соответствовать набору интернализованных ценностей, тогда как пациенты со схемой Поиска одобрения стремятся получить одобрение извне. Схема Поиска одобрения отличается от схемы Покорности тем, что последняя основана на страхе, а первая — нет. Поведение пациентов со схемой Покорности обусловлено боязнью наказания или оставления, а не стремлением к одобрению как таковому. Схема Поиска одобрения отличается от схемы Самопожертвования тем, что она не основана на желании помочь тем, кого человек считает уязвимым или нуждающимся. Если пациенты ищут одобрения, потому что не хотят причинять вред другим, у них присутствует схема Самопожертвования. Схема Поиска одобрения отличается от схемы Привилегированности/Грандиозности тем, что она не является попыткой поставить себя выше других, чтобы почувствовать свое превосходство. Если пациенты ищут одобрения в качестве средства получения власти, особого отношения или контроля, то у них присутствует схема особых прав.

Большинство лиц, ищущих одобрения, разделяют следующие условные убеждения: "Люди примут меня, если я им понравлюсь, и они будут восхищаться мной", "Я буду значим, если меня примут", "Если я смогу заставить людей восхищаться мной, они обратят на меня внимание". Они зависят от последствий своих действий: чтобы чувствовать себя хорошо, они должны получить одобрение или признание со стороны. Таким образом, эти пациенты часто зависят от подтверждения их значимости со стороны, что влияет на их самооценку.

Схема Поиска одобрения часто, хотя не всегда, является средством гиперкомпенсации для схем Дефективности/Стыдливости, Эмоциональной депривированности или Социальной отчужденности. Хотя одни пациенты используют эту схему для гиперкомпенсации других проблем, многие другие люди нуждаются в признании или одобрении просто потому, что их так воспитали; их родители уделяли большое внимание одобрению и признанию. Родители основывали свои цели и ожидания не на врожденных потребностях и естественных склонностях ребенка, а скорее, на ценностях, предлагаемых культурой.

Существуют как здоровые, так и дезадаптивные формы поиска одобрения. Эта схема распространена среди успешных людей во многих областях, таких как политика и шоу-бизнес. Многие из этих пациентов искусны в интуитивном понимании того, за счет чего можно получить признание или одобрение, и могут адаптировать свое поведение подобно хамелеону, чтобы понравиться людям или произвести на них впечатление.

Терапевтические цели

Основная цель пациентов — признать, что у них есть подлинное "Я", отличающееся от их стремящегося к одобрению ложного "Я". Они потратили свою жизнь на подавление эмоций и естественных наклонностей ради получения одобрения или признания. Поскольку их истинное "Я" было подавлено, а их жизнь направляло их ищущее одобрения "Я", то базовые эмоциональные потребности не были удовлетворены. По сравнению с подлинным самовыражением и честностью по отношению к себе одобрение со стороны обеспечивает лишь поверхностное и преходящее удовлетворение. Здесь мы позволим себе пофилософствовать: люди наиболее счастливы и наиболее удовлетворены, когда выражают свои истинные эмоции и действуют в соответствии со своими естественными склонностями. Большинство пациентов с этой схемой не задумываются о том, каковы их истинные эмоции. Они не знают, каковы их наклонности, не говоря уже о том, как действовать в соответствии с ними. Терапевтическая цель — помочь пациентам меньше сосредоточиваться на получении одобрения или признания, а больше фокусироваться на том, кем они являются, и что на самом деле ценят.

Приоритетные стратегии в лечении

Важны все четыре терапевтические составляющие: когнитивная составляющая, эмпатическая составляющая, поведенческая составляющая и терапевтические отношения. Когнитивные стратегии демонстрируют пациентам важность выражения своего истинного "Я", а не поиска одобрения. Хотеть одобрения и признания — это нормально, но когда это желание становится чрезмерным, оно дисфункционально. Пациенты

могут исследовать преимущества и недостатки своей схемы: они анализируют их, чтобы узнать, кто они на самом деле, и действовать в соответствии с этим, вместо того чтобы искать одобрения. Таким образом, пациенты могут принять решение бороться со схемой. Продолжая акцентировать внимание на деньгах, статусе или популярности, они не смогут в полной мере наслаждаться жизнью; они будут продолжать чувствовать себя опустошенными и неудовлетворенными. ("В общественном мнении я шел на гору, и ровно настолько из-под меня уходила жизнь...", — думает умирающий, истративший жизнь на социальный рост Иван Ильич в повести Льва Толстого (Л. Толстой, *Смерть Ивана Ильича*, 1886).) Утверждение и признание дают лишь временное удовлетворение. Они вызывают привыкание и не приносят удовлетворения в глубоком, долгосрочном смысле.

Экспериенциальные стратегии могут быть полезны в этом случае, особенно при работе с режимами. Режиму искателя одобрения пациент обучился в детстве, поэтому психотерапевт помогает пациенту определить ее, равно как и режим Уязвимого ребенка (используя любые названия, подходящие для пациента). Пациент переживает случаи детства, когда он искал одобрения от родителей, и переключается между режимами искателя одобрения и Уязвимого ребенка, вслух выражая позиции каждой из сторон. Что действительно нужно было пациенту в эти важные моменты в детстве? О чем на самом деле думал ребенок? Что чувствовал? Что хотел сделать? Чего хотел от родителя? Чего требовали от ребенка родители и другие авторитетные фигуры? Ребенок выражает свой гнев в отношении требовательного родителя и горюет о детстве, истраченном на поиск одобрения. Здоровый взрослый, роль которого сначала отыгрывает психотерапевт, а затем — сам пациент, помогает ребенку бороться с искателем одобрения и поддерживать своего уязвимого ребенка.

Пациенты могут проводить поведенческие эксперименты, чтобы исследовать свои естественные наклонности. Они могут самостоятельно отслеживать свои мысли и чувства, использовать поведенческие техники, репетировать поведение, соответствующее их естественным наклонностям. Научиться толерантности к неодобрению — важная цель поведенческой работы. Пациенты практикуют принятие ситуаций, в которых им не предоставляют одобрения или признания. В той степени, в которой стремление к одобрению приближается к аддиктивному поведению, пациенты учатся отказываться от него и нормально переносить отсутствие одобрения или признания, заменяя их впоследствии другими, более здоровыми формами удовлетворения. Этот процесс может быть болезненным для пациентов, особенно на первых порах, поэтому психотерапевт занимает позицию эмпатической конфронтации. Поведенческая составляющая имеет решающее значение для терапевтического успеха. Если пациенты не перенаправят свое внимание с того, что думают другие, на то, чтобы стать более верными себе в повседневных ситуациях, особенно в отношениях со значимыми другими, стратегии возымеют лишь краткосрочный эффект.

В терапевтических отношениях для психотерапевта важно следить за случаями, когда пациент пытается получить одобрение или признание (а это почти всегда имеет место в терапии с такими пациентами). Когда это происходит, психотерапевт указывает на такое поведение посредством эмпатической конфронтации и призывает пациента быть более открытым и искренним, не скрывать негативные реакции.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Одна из проблем заключается в том, что схема Поиска одобрения обычно обеспечивает пациенту существенную вторичную выгоду. Утверждение и признание могут принести значительное вознаграждение, поэтому эта схема в большой степени санкционирована нашим обществом. Аплодисменты, известность, признание, успех, одобрение — общество предоставляет массу положительных подкреплений для всех этих явлений. Таким образом, психотерапевт просит пациента бороться с тем, что высоко ценится в обществе (или *умерять* важность этого). Психотерапевт и пациент работают вместе, чтобы определить, что цена чрезмерного поиска одобрения или признания слишком высока. Кроме того, цель состоит в том, чтобы смягчить тенденцию, а не полностью искоренить ее, поскольку эта схема обладает множеством ценных аспектов, если она уравновешена с помощью самоактуализации.

Пациентов с этой схемой легко принять за здоровых людей (ошибочно), и психотерапевты часто неосознанно подкрепляют их обусловленное схемой поведение. Такие пациенты усердно работают, чтобы получить одобрение или восхищение психотерапевта, но если они это делают ради своего ложного, а не истинного "Я", то это препятствует терапевтическому прогрессу.

ДОМЕН "ЧРЕЗМЕРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ЖЕСТКИЕ СТАНДАРТЫ"

Негативизм/Пессимизм

Типичные проявления схемы

Такие пациенты настроены негативно и пессимистично. Они всегда сосредоточены на негативных аспектах жизни, таких как боль, смерть, потери, разочарования, предательства, неудачи и конфликты, при этом сводя к минимуму положительные аспекты. В широком спектре рабочих, финансовых и межличностных ситуаций они явно преувеличивают свои ожидания того, что что-то пойдет не так. Пациенты чувствуют, что могут совершить катастрофические ошибки, которые каким-то образом приведут к краху их жизни — к финансовому краху, серьезной потере, социальному унижению, безвыходной ситуации или потере контроля. Они проводят много времени, пытаясь удостовериться, что они не делают таких ошибок, и склонны к навязчивым размышлениям. Их "состояние по умолчанию" — это тревога. Их типичные чувства включают в себя хроническое напряжение и беспокойство, а типичное поведение — жалобы и нерешительность. Таким пациентам трудно находиться в обществе людей, потому что независимо от того, что они говорят, пациенты всегда видят негативную сторону событий. Стакан у них всегда наполовину пуст.

Терапевтические стратегии зависят от того, как психотерапевт концептуализирует источник происхождения схемы, которой пациент научается преимущественно путем моделирования. В таком случае схема отражает склонность к депрессивности,

негативизму и пессимизму, которым пациент научился от родителей. Пациент интернализировал установки родителей в качестве режима. Работа с экспериенциальными техниками особенно полезна пациентам, которые приобрели схему таким путем. В работе с воображением и в ролевых упражнениях сначала психотерапевт, а затем и сам пациент практикуют борьбу с Пессимистичным взрослым, опираясь на Здорового взрослого. Здоровый взрослый противостоит негативно настроенному родителю, успокаивает и утешает Ребенка.

Второй источник происхождения схемы — ряд трудностей и потерь в детстве. В этом случае пациенты настроены негативно и пессимистично, потому что в раннем возрасте испытали много бед. Это более трудный для преодоления источник происхождения схемы. Такие пациенты еще в молодости утратили присущий юности естественный оптимизм. Один пациент, девятилетний ребенок, чей отец умер несколько лет назад, сказал: "Не пытайтесь сказать мне, что ничего плохого не произойдет, потому что я точно знаю, что плохое может случиться". Многие из таких пациентов нуждаются в горевании по поводу прошлых потерь. Когда источником схемы является личное несчастье, важны все терапевтические стратегии. Когнитивные техники могут помочь пациентам увидеть, что негативные события прошлого не предсказывают подобных событий в будущем. Экспериенциальные техники могут помочь пациентам выразить гнев и горе по поводу травмирующих потерь в детстве. Поведенческие техники могут помочь пациентам тратить меньше времени на беспокойство, а больше — на поиск удовольствия. В терапевтических отношениях психотерапевт выражает сочувствие потерям пациента, а также моделирует и поощряет оптимистичные взгляды и поведение.

В некоторых случаях эта схема может быть гиперкомпенсацией схемы Эмоциональной депривированности. Пациент жалуется, чтобы привлечь внимание или получить сочувствие. В этом случае психотерапевт работает с базовой схемой депривированности, перевоспитывая пациента, обеспечивая ему заботу, но при этом стараясь не подкреплять обусловленные схемой жалобы. Например, психотерапевт игнорирует содержание пессимистичных комментариев пациента, вместо этого сосредоточиваясь на том, чтобы смягчить лежащее в их основе чувство эмоциональной депривированности. Постепенно пациент обучается более здоровым способам удовлетворения своих эмоциональных потребностей, сначала — с психотерапевтом, а затем — со значимыми другими вне терапии.

У некоторых пациентов схема может иметь биологическую составляющую или происхождение, возможно, в связи с обсессивно-компульсивным или дистимическим расстройством. Для таких пациентов будет полезным медикаментозное лечение.

Терапевтические цели

Основная цель — помочь пациентам более объективно — более позитивно — прогнозировать будущее. Некоторые исследования показывают, что самым здоровым взглядом на жизнь является так называемое "иллюзорное сияние" (*Alloy & Abramson, 1979; Taylor & Brown, 1994*), предполагающее чуть более позитивный взгляд, чем реалистичный. Негативное мнение не выглядит здоровым или адаптивным. Возможно,

это потому, что если человек ожидает, что плохое развитие событий точно будет иметь место, то даже если это соответствует действительности, он не станет чувствовать себя лучше. Представления о худшем не очень помогают. Вероятно, лучше идти по жизни с ожиданием лучшего — если ожидания не настолько расходятся с действительностью, что у человека постоянно возникает чувство разочарования.

На самом деле мы не ожидаем, что большинство пациентов с этой схемой станут беззаботными и оптимистичными; но они хотя бы смогут отойти от крайне негативной точки и перейти к более умеренной позиции. Некоторые признаки улучшения ситуации пациентов с этой схемой заключаются в следующем: они реже беспокоятся, более положительно оценивают предстоящие ситуации, перестают постоянно прогнозировать наихудший результат и навязчиво размышлять о будущем. Они более не поглощены бесконечными попытками избежать ошибок. Скорее, они прилагают разумные усилия, чтобы избежать их, а больше внимания уделяют удовлетворению эмоциональных потребностей и следуют своим естественным склонностям.

Приоритетные стратегии в лечении

Когнитивные и поведенческие стратегии обычно являются основными терапевтическими составляющими, хотя полезными могут оказаться и экспериенциальные стратегии, а также терапевтические отношения.

Многие когнитивные техники могут быть полезны в работе над схемой: определение когнитивных искажений, изучение доказательств, выработка альтернатив, использование копинг-карточек, ведение диалогов между схема-стороной и здоровой стороной личности. Психотерапевт помогает пациентам делать прогнозы на будущее и отмечать, насколько редко и частично сбываются их негативные ожидания (если вообще сбываются). Пациенты самостоятельно отслеживают свое негативное, пессимистичное мышление, практикуя более объективный взгляд на свою жизнь, основанный на логике и эмпирических данных. Они учатся не преувеличивать негатив и сосредоточиваться на положительных аспектах своей жизни. Пациенты отмечают соответствующие изменения в своем настроении.

Если в жизни пациента имели место какие-то негативные события, когнитивные техники могут помочь проанализировать эти события и научиться отличать настоящее и будущее от прошлого. Если прошлое негативное событие можно было предотвратить, то психотерапевт и пациент могут поработать над исправлением проблемы, чтобы она более не повторялась. Если событие было неподконтрольно пациенту, оно не имеет отношения к будущему. Рассуждаем логически: нет никаких оснований для пессимизма по поводу событий будущего, даже если пациент в прошлом переживал неподконтрольные ему негативные события.

Если схема выполняет защитную функцию, когнитивные техники могут помочь пациентам оспорить идею, что для избегания разочарования лучше принять негативную, пессимистическую точку зрения. Эта идея обычно неверна: если пациенты ожидают, что что-то пойдет не так, они не будут чувствовать себя лучше, переживая об этом; если они ожидают, что все будет хорошо, но на самом деле что-то пойдет не так, они не будут чувствовать себя хуже. Все, что они получают, предвидя отрицательные

результаты, не перевешивает стоимость повседневной жизни, исполненной хронических волнений и напряжения. Пациенты перечисляют преимущества и недостатки ожидания худшего. Они экспериментируют с обеими позициями, наблюдая за их влиянием и своим настроением.

Некоторые пациенты демонстрируют то, что Борковец называет "магией беспокойства" (*Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983*). Они считают, что беспокойство — это магический ритуал, который может предотвратить негативные события: якобы пока они волнуются, ничего плохого не произойдет. (Как сказал один пациент с этой схемой, "По крайней мере, когда я волнуюсь, я *что-то делаю*".) Такая позиция является, по сути, попыткой получить контроль над негативными последствиями. Однако в действительности многие объекты их тревоги либо находятся вне их контроля, либо контролируются тревогой. Пациенты также могут вести диалог между своей негативной, пессимистичной стороной и позитивной, оптимистичной стороной, которую психотерапевт помогает развить. Таким образом, они начинают видеть преимущества более позитивного отношения к жизни.

Экспериенциальные техники помогают пациентам связаться со своим режимом Счастливого ребенка. Если источником происхождения схемы был негативно настроенный, Пессимистичный родитель, пациенты могут вести диалоги с ним, работая с воображением. В режиме Здорового взрослого сначала психотерапевт, а затем и сам пациент входят в воспоминания из детства, где Пессимистичный родитель подавляет энтузиазм Ребенка. Здоровый взрослый противостоит негативно настроенному Родителю и успокаивает Обеспокоенного ребенка. Ребенок проявляет свой гнев в отношении негативно настроенного Родителя за то, что он наполняет его жизнь стрессом и негативом.

Психотерапевты могут использовать экспериенциальные техники, чтобы помочь пациентам устранить базовое чувство эмоциональной депривации по поводу болезненных событий прошлого. Если во время работы с воображением пациенты выражают гнев по поводу этих событий, а психотерапевт демонстрирует сопереживание, то пациентам зачастую удается оставить такие события в прошлом. Вместо того чтобы застрять в постоянном горевании, они могут снова начать двигаться вперед. Здоровый взрослый помогает пациенту развиваться.

Пациенты могут проводить поведенческие эксперименты, чтобы проверить свои искаженные негативные убеждения. Например, они могут предсказать наихудший результат и проверить, насколько они были правы; проверить гипотезу о том, что беспокойство способствует лучшему результату; проверить, когда они чувствуют себя лучше: при прогнозировании положительных или отрицательных результатов.

Психотерапевты могут обучить пациентов со схемой Негативизма/Пессимизма технике предотвращения реакции, чтобы снизить их бдительность по поводу возможных ошибок. Пациенты постепенно учатся быть менее одержимыми избеганием ошибок и предпринимать меньшее количество проверочных действий с целью предотвратить ошибки, а затем наблюдать повышение уровня своего удовлетворения по поводу внедрения этих изменений.

Упражнение "перестать жаловаться другим" может быть полезным поведенческим домашним заданием. Когда эта схема представляет собой гиперкомпенсацию схемы

Эмоциональной депривированности, психотерапевт может научить пациентов более прямо обращаться к окружающим по поводу удовлетворения их эмоциональных потребностей в отношениях. Многие из этих негативно настроенных и пессимистичных пациентов, особенно те, кого психотерапевты называют "отвергающими помощь жалобщиками" (*Frank et al., 1952*), чрезвычайно трудно поддаются лечению, и часто у них присутствует схема Эмоциональной депривированности. Сами того не осознавая, они постоянно жалуются, чтобы заставить других людей заботиться о них. Причина постоянных жалоб пациентов и того, что они не реагируют на логические доводы, свидетельствующие об обратном, кроется в том, что базовой для них является схема Эмоциональной депривированности: пациенты жалуются с целью получить заботу и сочувствие, а не потому, что нуждаются в практических решениях или советах. Саморазрушительная природа их жалоб заключается в том, что через некоторое время окружающим это надоедает, и, не имея возможности более терпеть, они избегают пациентов. Тем не менее в краткосрочной перспективе жалобы обеспечивают пациентам симпатию и внимание к себе. Если они научатся обращать больше внимания на заботу, а не на жалобы, то смогут удовлетворять свои эмоциональные потребности более здоровым способом.

Ограничение времени, затрачиваемого на беспокойство, путем планирования "времени на беспокойство" заранее — это поведенческая стратегия, которая помогает многим пациентам с такой проблемой. Они учатся замечать, когда они волнуются, а затем откладывать свое беспокойство на потом — на период времени, специально отведенный для этого. Для многих таких пациентов также полезно планировать побольше мероприятий для развлечения и отдыха. Часто люди с этой схемой проживают жизнь, ориентированную на выживание, а не на удовольствие. Жизнь для них состоит не в том, чтобы получать "хорошее", а в том, чтобы предотвращать "плохое". Нужно сделать так, чтобы пациенты планировали приятные занятия, — это может стать противоядием от их склонности тратить много времени на беспокойство. Как и при лечении депрессии, увеличение числа приятных занятий является важной составляющей при лечении схемы Негативизма/Пессимизма.

Как мы отмечали ранее, многие пациенты с этой схемой были в детстве эмоционально депривированы и поэтому нуждаются в большей помощи со стороны психотерапевта. Психотерапевт может валидировать негативные события прошлого, однако при этом не поддерживает жалобы в отношении настоящего или негативные прогнозы в отношении будущего. Если психотерапевт проявляет сочувствие в отношении прошлых потерь пациента, не реагируя при этом на чрезмерные жалобы на нынешние события, пациент может стать на путь исцеления. Такое замещающее родительство способствует здоровой скорби, не подкрепляя пессимизм или постоянные жалобы.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Обычно эту схему трудно изменить. Зачастую пациенты не могут вспомнить времена, когда они не были пессимистично настроены, и не могут представить, что способны чувствовать себя иначе. Работа с режимами может помочь им высвободить свой режим Счастливого ребенка, который долгое время подавляла целая гора беспокойства. Здоровый взрослый — роль, которую сначала принимает психотерапевт, а затем и сам

пациент — входит в образы расстраивающих событий прошлого и настоящего и помогает Обеспокоенному ребенку найти в ситуации положительные аспекты.

Психотерапевты должны быть осторожны, избегая в ролевой игре дискуссий с пациентами на тему их негативного мышления. Важно, чтобы роли не были устоявшимися, — когда психотерапевт постоянно играет положительную роль, а пациент отрицательную. Нужно, чтобы пациент озвучивал роли обеих сторон. Если психотерапевт и пациент всегда занимают противоположные позиции, сеансы слишком похожи на дебаты, а их отношения становятся неприятными. Если пациент озвучивает обе стороны, психотерапевт может при необходимости наставлять здоровую сторону. Психотерапевт может помочь пациенту выделить две модальности — пессимиста и оптимиста, — а затем проводить между ними воображаемые диалоги.

Если уделять много внимания жалобам пациента, то это может стать вторичной выгодой, обусловленной его схемой. Психотерапевту по возможности следует попробовать изменить окружающие пациента обстоятельства. Психотерапевт может встретиться с членами семьи, которые подкрепляют жалобы пациента, и обучить их более здоровым вариантам реагирования. Психотерапевт может обучить их игнорировать пациента в те моменты, когда тот жалуется, и обеспечивать позитивное подкрепление, когда тот выражает уверенность в себе и надежду.

Если схему сложно изменить из-за крайне негативных жизненных событий, которые привели к ее формированию, для пациентов часто оказывается полезной практика горевания о прошлых утратах. Выражение подлинной скорби помогает снизить интенсивность эмоционального давления, ощущаемого пациентом, и уменьшить его желание жаловаться. Скорбь помогает пациентам отделить настоящее, где они (предположительно) в безопасности, от прошлого, где они столкнулись с травмирующей утратой или ущербом.

Как мы уже говорили, у некоторых пациентов может присутствовать биологическая составляющая, провоцирующая беспокойство. В таком случае показано медикаментозное лечение в качестве дополнения к психотерапии. Иногда весьма полезными оказываются антидепрессанты, особенно селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

Подавление эмоций

Типичные проявления схемы

Такие пациенты выглядят эмоционально скованными и чрезмерно подавляющими себя в обсуждении и выражении своих эмоций. Они ведут себя очень спокойно, без экспрессивности и эмоциональности, а также не проявляют спонтанности, полностью контролируя свои действия. Обычно они сдерживают проявления тепла и заботы, часто пытаются сдерживать свои агрессивные побуждения. Многие пациенты с этой схемой ценят самоконтроль выше близости в человеческих взаимоотношениях и боятся, что если они "отпустят" свои эмоции, то могут полностью утратить контроль над ними. В конечном счете они боятся, что их захлестнет стыд, или что возникнут еще более серьезные последствия, такие как наказание или оставление. Часто сверхконтроль распространяется и на окружающих (пациенты пытаются не позволять

значимым другим выражать как положительные, так и отрицательные эмоции, особенно интенсивные).

Пациенты подавляют эмоции, которые лучше было бы выразить. Это естественные эмоции режима Спонтанного ребенка. Все дети должны научиться сдерживать свои эмоции и импульсы, чтобы проявлять уважение к правам окружающих. Однако пациенты с этой схемой зашли слишком далеко. Они настолько подавили контролем своего Спонтанного ребенка, что забыли, как быть естественным и играть. Наиболее распространенные области, в которых пациенты излишне контролируют себя, включают подавление гнева; подавление положительных чувств, таких как радость, любовь, привязанность и сексуальное возбуждение; чрезмерное соблюдение процедур и ритуалов; трудности в выражении уязвимости или невозможность выражать свои чувства; чрезмерный акцент на рациональности при игнорировании эмоциональных потребностей.

Пациенты со схемой Подавления эмоций часто соответствуют диагностическим критериям обсессивно-компульсивного расстройства личности. Помимо эмоциональной скованности, они, как правило, чрезмерно обеспокоены соблюдением приличий ценой близких отношений и игривости. Такие пациенты жесткие и негибкие, а не спонтанные. Пациенты, которые обладают как схемой Подавления эмоций, так и схемой Жестких стандартов/Придирчивости, с большой вероятностью соответствуют диагностическим критериям обсессивно-компульсивного расстройства личности, поэтому в совокупности эти две схемы включают в себя почти все критерии расстройства.

Наиболее распространенным источником схемы Подавления эмоций является ситуация, когда в детстве человека стыдили родители за спонтанные проявления эмоций. Часто это культурная схема — в том смысле, что некоторые культуры придают особенное значение самоконтролю. (Один пациент рассказал следующую шутку, чтобы проиллюстрировать эмоциональную сдержанность, принятую в его родной скандинавской культуре: "Вы слышали о скандинаве, которые так сильно любил свою жену, что почти рассказал ей об этом?") Схема часто запускается именно в семье. Основополагающее убеждение состоит в том, что "плохо" — проявлять свои чувства, говорить о них или действовать импульсивно, тогда как "хорошо" — держать чувства в себе. Пациенты с этой схемой обычно кажутся контролирующими себя, безрадостными и мрачными. Кроме того, вследствие накопления невыраженного гнева они часто враждебны или обижены.

Пациенты со схемой Подавления эмоций часто вовлечены в романтические отношения с эмоциональными и импульсивными партнерами. Мы считаем, что это происходит потому, что их здоровая часть личности хочет позволить спонтанному ребенку проявить себя хоть каким-нибудь образом. (Одна пациентка, усвоившая необходимость сдерживать эмоции, вышла замуж за мужчину, любившего красивую жизнь: "Когда я с ним, мне кажется, что мне разрешено быть нарядной", — объяснила она.) Когда люди со схемой Подавления эмоций вступают в брак с эмоциональными партнерами, пара со временем все более поляризуется. К сожалению, иногда партнеры начинают испытывать неприязнь друг к другу из-за тех же качеств, которые их поначалу привлекали: эмоциональный партнер не понимает стремления партнера с подавлением эмоций постоянно сдерживать себя, а сдержанного партнера раздражает интенсивность проявлений чувств эмоционального супруга.

Терапевтические цели

Основная терапевтическая цель — помочь пациентам стать более эмоционально экспрессивными и спонтанными. Лечение помогает пациентам научиться адекватно обсуждать и выражать многие эмоции, которые они подавляют. Пациенты учатся проявлять гнев адекватным образом, уделять больше времени занятиям, которые приносят им удовольствие, выражать свою любовь и рассказывать о своих чувствах. Они учатся ценить эмоции так же, как и рациональность, перестают контролировать окружающих, унижать их за выражение нормальных эмоций и стыдиться своих собственных чувств. Вместо этого они позволяют себе и другим быть более эмоционально экспрессивными.

Приоритетные стратегии в лечении

Поведенческие и экспериенциальные стратегии, вероятно, являются наиболее важными. Поведенческие стратегии направлены на то, чтобы помочь пациенту обсудить и выразить как положительные, так и отрицательные эмоции в общении со значимыми другими, а также научиться развлекаться, занимаясь приятными для себя делами. Психотерапевт предоставляет пациенту достаточное количество информации о сути и цели этих стратегий лечения; в противном случае когнитивные стратегии обычно не столь эффективны — они усиливают и без того чрезмерный акцент пациента на рациональности.

Экспериенциальные техники могут позволить пациентам получить доступ к своим эмоциям. Работая с воображением, Здоровый взрослый помогает Подавленному ребенку выражать эмоции, которые пациент сдерживал в детстве. Сначала психотерапевт, а затем и сам пациент играют роль Здорового взрослого. Здоровый взрослый противостоит Подавляющему родителю и поощряет ребенка выражать чувства, такие как гнев и любовь. В воображаемых ситуациях из настоящего и будущего Здоровый взрослый помогает пациенту выражать свои эмоции и побуждать других людей делать то же самое.

Терапевтические отношения также могут быть весьма полезными для излечения схемы Подавления эмоций. Психотерапевт — как правило, более выразительный и эмоциональный, чем пациент, — может "заместить родителя" пациента с помощью техник моделирования. (Однако излишне рациональный и сдержанный психотерапевт может непреднамеренно подкреплять схему пациента.) Замещающее родительство может включать в себя спонтанные действия во время сеанса (например, рассказать анекдот, обсудить легкомысленные темы, пошутить), чтобы сделать атмосферу менее серьезной и напряженной. Самое главное — то, что психотерапевт помогает пациенту научиться выражать, а не сдерживать эмоции. Если пациент испытывает сильные чувства по отношению к психотерапевту, то психотерапевт рекомендует пациенту высказать это вслух.

Когнитивные стратегии помогают пациенту осознать преимущества эмоциональности и принять решение бороться со схемой. Психотерапевт представляет процесс борьбы со схемой как поиск равновесия на континууме эмоциональности, а не как реализацию принципа "все или ничего". Цель не состоит в том, чтобы пациенты перешли в другую крайность и стали импульсивно-эмоциональными; скорее, цель состоит в том, чтобы пациенты достигли "золотой середины".

Наконец, когнитивные стратегии могут помочь пациентам оценить последствия выражения своих эмоций. Пациенты с этой схемой боятся, что если они выразят свои эмоции, то случится что-то плохое. Часто они боятся, что их будут унижать или пристыдят. Помогая пациентам понять, что они могут использовать здравый смысл при выражении эмоций, что вряд ли создаст неблагоприятную ситуацию, можно позволить им чувствовать себя более комфортно и не бояться экспериментировать.

Экспериенциальные стратегии помогают пациентам получить доступ к непризнанным эмоциям детства, таким как тоска, гнев, любовь, счастье, и выразить их. Работая с воображением, пациенты заново переживают важные ситуации из детства, на этот раз выражая свои эмоции. Они говорят вслух о чувствах, которые сдерживали все это время. Сначала психотерапевт, а затем пациент входят в режим Здорового взрослого, который помогает Подавленному ребенку. Здоровый взрослый вознаграждает ребенка за выражение чувств, а не стыдит или подавляет его, как это делали родители. Здоровый взрослый противостоит родителю, утешает и принимает ребенка. Пациент выражает гнев и грусть по поводу своего утерянного Спонтанного ребенка.

Существует множество поведенческих ролевых игр и домашних заданий, которые можно применять в работе с данной схемой. Пациенты могут практиковаться в обсуждении своих чувств, должным образом выражая как положительные, так и отрицательные эмоции, играя и проявляя спонтанность, выполняя развлекательные задания. Они могут начать посещать уроки танцев или поэкспериментировать в своих сексуальных отношениях, или попробовать делать что-то спонтанно, под влиянием момента. Они могут выражать агрессию с помощью своего тела, например, участвуя в спортивных состязаниях или избивая боксерскую грушу. При необходимости психотерапевт может расставить поведенческие задачи в порядке возрастания сложности, чтобы пациенты постепенно отказывались от своего чрезмерного контроля. Может быть полезной работа с партнером, во время которой психотерапевт поощряет пациента и его партнера конструктивно выражать свои чувства. Наконец, пациенты проверяют свои негативные прогнозы на случай выражения ими эмоций, сопоставляя их с реальными результатами. Работая с воображением и в ролевых играх, пациент взаимодействует со значимыми другими и с психотерапевтом, а затем выполняет домашние задания. Они сравнивают фактические результаты с прогнозом.

Психотерапевт моделирует и поощряет выражение эмоций уместными способами. Групповая терапия может помочь многим пациентам с этой схемой обрести комфорт при выражении своих чувств.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Если люди почти всю жизнь подавляли эмоции, им трудно начать вести себя иначе. Выражение эмоций кажется чуждым для пациентов с этой схемой — это настолько противоречит тому, что кажется их истинной природой, что они испытывают большие трудности, проделывая это. Работа с режимами может помочь пациентам получить доступ к здоровой стороне своей личности, которая хочет бороться со схемой и выражать себя более открыто.

Жесткие стандарты/Придирчивость

Типичные проявления схемы

Пациенты с этой схемой внешне кажутся целеустремленными перфекционистами. Они считают, что должны постоянно стремиться соответствовать чрезвычайно высоким стандартам. Эти стандарты интернализированы; следовательно, в отличие от схемы Поиска одобрения, пациенты со схемой Жестких стандартов/Придирчивости не так легко изменяют свои ожидания или поведение, основываясь на реакциях окружающих. Такие пациенты стремятся соответствовать высоким стандартам прежде всего потому, что они "должны" это делать, а не потому, что хотят завоевать чье-то одобрение. Даже если бы никто никогда не узнал об этом, большинство из этих пациентов все равно стремились бы соответствовать стандартам. У пациентов часто одновременно присутствуют схемы Жестких стандартов/Придирчивости и Поиска одобрения; в таком случае они стремятся как соответствовать очень высоким стандартам, так и получать одобрение извне. Жесткие стандарты/Придирчивость, Поиск одобрения, а также Привилегированность/Грандиозность — наиболее распространенные схемы у пациентов с нарциссическим расстройством личности (хотя в основе этих компенсаторных схем часто лежат схемы Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости). Мы обсудим это далее, в главе 10, посвященной нарциссическим пациентам.

Типичное эмоциональное переживание, испытываемое пациентами со схемой Жестких стандартов/Придирчивости, — это постоянное, неослабевающее *давление*. Поскольку совершенства достичь невозможно, человек должен постоянно стараться, все больше и больше. Помимо всего этого, пациенты испытывают сильное беспокойство по поводу неудачи, а неудача для них означает получить оценку в 95 баллов, а не 100. Другое распространенное ощущение — это чрезмерная критичность по отношению как к себе, так и к окружающим. Большинство этих пациентов также испытывают нехватку времени: у них так много работы и так мало времени. Зачастую результатом подобного образа жизни является истощение.

Трудно быть человеком с завышенными стандартами. (Как сказал один из наших пациентов о своей жене, обладающей схемой Жестких стандартов/Придирчивости: "Для нее всегда все плохо. Ее послушать, так ничего хорошего вообще не существует".) Другое распространенное чувство среди пациентов с этой схемой — раздражительность, обычно из-за того, что все делается недостаточно быстро или недостаточно хорошо. Еще одно общее чувство — стремление к соперничеству. Большинство пациентов, принадлежащих к личности "типа А", т.е. те, у которых наблюдаются хроническое ощущение нехватки времени, амбициозность и стремление к соперничеству (*Suinn, 1977*), обладают этой схемой.

Часто пациенты со схемой Жестких стандартов/Придирчивости являются трудоголиками, непрерывно работающими в сферах, в которых они применяют свои стандарты. Такие сферы могут быть самыми разнообразными: учеба, работа, внешность, дом, спортивные результаты, здоровье, нравственность или соблюдение правил, артистичность, — вот лишь некоторые из возможных вариантов. В своем перфекционизме эти пациенты проявляют чрезмерное внимание к деталям, недооценивая то, насколько их показатели превосходят норму. У них имеются жесткие правила во многих сферах

жизни, такие как нереалистично высокие нравственные, культурные или религиозные стандарты. Их мышление осуществляется по принципу "все или ничего": пациенты считают, что либо они в точности соответствуют стандарту, либо они неудачники. Они редко получают удовольствие от успеха, потому что уже сосредоточены на следующей задаче, которая должна быть выполнена безукоризненно.

Пациенты с этой схемой обычно не считают, что их стандарты излишне завышены. Им кажется, что они нормальные. Они просто делают то, чего от них ожидают. Для того чтобы определить схему как дезадаптивную, пациенты должны иметь некоторые существенные нарушения, связанные со схемой. Это может быть отсутствие удовольствия от жизни, проблемы со здоровьем, низкая самооценка, неудовлетворительные отношения с близкими или с коллегами или какая-то иная форма дисфункции.

Терапевтические цели

Основная терапевтическая цель состоит в том, чтобы помочь пациентам снизить их планку невыполнимых стандартов и избавиться от сверхкритичности. В рамках этой цели есть два аспекта: научить пациентов стремиться к менее амбициозным результатам и научить их делать это без вечного стремления к идеалу. Жизнь успешно излеченных пациентов более сбалансирована в плане достижений и удовольствий. Они умеют не только работать, но и отдыхать и развлекаться, не считая это пустой тратой времени и не испытывая чувства вины по этому поводу. Они находят время для того, чтобы поддерживать эмоциональную связь с близкими для себя людьми и могут позволить чему-то быть несовершенным, не относя это автоматически к бессмысленным вещам. Они менее критичны по отношению к себе и другим, менее требовательны, более расположены к принятию человеческого несовершенства, гибче относятся к правилам. Они понимают, что их жесткие стандарты забирают у них больше, чем отдают: пытаясь сделать что-то немного лучше в одной ситуации, они проигрывают во многих других аспектах.

Приоритетные стратегии в лечении

Когнитивные и поведенческие стратегии, как правило, наиболее важны. Хотя экспериенциальные стратегии и терапевтические отношения тоже могут быть полезны, они обычно не являются основными стратегиями при лечении этой схемы.

Чтобы помочь пациентам бросить вызов их перфекционизму, психотерапевт использует когнитивные стратегии. Пациенты учатся воспринимать свои достижения как точку, находящуюся на континууме между крайностями от "плохо" до "идеально" — на континууме, где имеется множество градаций, — вместо того чтобы следовать принципу "все или ничего". Они проводят анализ преимуществ и недостатков своей сосредоточенности на жестких стандартах, задаваясь вопросом: "Если бы я делал что-то немного хуже или если бы я делал меньше, чем сейчас, какими были бы плюсы и минусы этого?" Психотерапевт подчеркивает преимущества снижения планки своих стандартов (факторы, которые положительно повлияют на их здоровье и счастье), а также недостатки применения завышенных стандартов (страдания, отсутствие удовольствия от жизни, нарушение отношений со значимыми другими). Цена схемы

выше, чем выгоды от нее: этот вывод становится рычагом, способным мотивировать пациентов к изменениям. Психотерапевт также помогает пациентам смягчить их отношение к риску несовершенства. Несовершенство не является преступлением. Ошибки не влекут за собой крайне негативных последствий, ожидаемых пациентами.

Схема Жестких стандартов/Придирчивости имеет два разных источника происхождения, и это влияет на выбор терапевтических стратегий. Первый и наиболее распространенный источник происхождения — это интернализация родителя с высокими стандартами (режим Требовательного родителя). При этом источнике происхождения схемы, экспериенциальные техники помогают пациентам создать ту часть себя, которая сможет бороться с внутренним Требовательным родителем. Это Здоровый взрослый, роль которого сначала играет психотерапевт, а потом и сам пациент. Пациенты выражают гнев по поводу давления и завышенных родительских стандартов; они дорого заплатили за интернализацию этих стандартов.

Вторым источником происхождения схемы Жестких стандартов/Придирчивости является компенсация схемы Дефективности/Стыдливости: пациенты чувствуют себя неполноценными, поэтому гиперкомпенсируют это чувство, пытаясь достичь совершенства. В таком случае важной частью лечения является помощь пациентам в осознании их базовой схемы Дефективности/Стыдливости. Экспериенциальные стратегии помогают пациентам получить доступ к базовому чувству стыда. Здесь актуальна работа с воображением, которая применяется в случае схемы Дефективности/Стыдливости. Пациенты также могут визуализировать склонную к перфекционизму сторону своей личности (одна пациентка назвала ее "Мисс Совершенство": "У нее руки в боки и суровое лицо, на котором написано разочарование".) В воображении пациент принуждает свою модальность перфекциониста отступить, предоставляя слово Уязвимому ребенку.

Поведенческие стратегии помогают пациентам постепенно снижать уровень своих завышенных стандартов. Психотерапевт и пациент разрабатывают поведенческие эксперименты, чтобы помочь обуздать перфекционизм — делать меньше и делать не идеально. Некоторые примеры поведенческих экспериментов включают в себя планирование того, сколько времени они собираются потратить на работу и на занятия чем-то другим, например, игрой или общением; установление более низких стандартов и тренировка их соблюдения; намеренное несовершенство при выполнении заданий; похвала за несовершенное, но все же достойное поведение других; "трата времени" на общение с друзьями или членами семьи исключительно ради удовольствия или для улучшения качества отношений. Пациенты отслеживают свое настроение в результате выполнения заданий, а также его воздействие на настроение значимых других. Они учатся бороться с чувством вины, которое испытывают, когда не проявляют усердия. Здоровый взрослый уверяет Несовершенного ребенка, что допустимо позволить некоторую небрежность.

В идеале психотерапевты моделируют сбалансированные стандарты как в своем подходе к терапии, так и в собственной жизни. Психотерапевты-перфекционисты могут отрицательно повлиять на терапевтический прогресс пациента. Психотерапевт применяет эмпатическую конфронтацию, когда в терапии проявляются завышенные стандарты пациента. Например, когда он слишком тщательно заполняет формы или

излишне идеально выполняет домашние задания. Психотерапевт объясняет пациенту, что он понимает, почему пациент чувствует, что должен выполнять работу безупречно, что эту установку передали ему родители в детстве, но на самом деле пациент не обязан быть идеальным в глазах психотерапевта. Психотерапевт не будет стыдить или критиковать его за несовершенство. Психотерапевт более заинтересован в формировании доверительных отношений и оказании помощи пациенту, чем в оценке эффективности его работы в рамках курса психотерапии, и он хочет, чтобы пациент чувствовал то же самое.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Самым большим препятствием для лечения данной схемы является вторичная выгода, получаемая пациентом за счет ее наличия: у высокой эффективности есть масса преимуществ. Многие пациенты с этой схемой неохотно отказываются от своих завышенных стандартов, потому что им кажется, что выгоды намного превышают затраты. Кроме того, многие пациенты боятся чувств смущения, стыда, вины и самокритики, которые возникнут, если они не будут соответствовать стандартам. Потенциал негативного воздействия кажется настолько высоким, что они неохотно идут на риск хотя бы незначительного снижения стандартов. Пациентам может помочь намеренно медленное продвижение к цели, а также тщательная оценка результатов снижения своих стандартов. Работа с режимами может помочь пациентам укрепить здоровую сторону своей личности, которая хочет обменять перфекционизм на большее удовлетворение от жизни.

Пунитивность

Типичные проявления схемы

Такие пациенты считают, что люди, в том числе они сами, должны получать наказание за свои ошибки. Они ведут себя как моралисты, они нетерпимы, им очень трудно прощать ошибки другим людям и самим себе. Они считают, что люди, совершающие ошибки, заслуживают наказания. Никакие оправдания не принимаются. Пациенты с этой схемой не желают учитывать смягчающие обстоятельства. Они не допускают человеческого несовершенства, и им трудно испытывать какое-либо сочувствие к человеку, который делает то, что он считает плохим или неправильным. Этим пациентам не хватает милосердия.

Схема проявляет себя в повелительном, обвиняющем *тоне голоса*, которым пациенты говорят с теми, кто допустил ошибку. Источник происхождения этого назидающего тона — почти всегда Обвиняющий родитель пациента, который говорил таким же голосом. Подобный тон передает неоспоримую необходимость сурового наказания. Это голос не знающего жалости проповедника — бессердечный, холодный и презрительный. Ему не хватает мягкости и сострадания. Это голос человека, который не успокоится, пока нарушитель не будет наказан. Присутствует также ощущение, что наказание, на котором настаивает человек, является слишком суровым, — что оно не соответствует проступку. Как Красная Королева в *Алисе в стране чудес* Льюиса

Кэрролла (*Carroll, 1923*) требует рубить голову по каждому несущественному проступку, так и эта схема является неразборчивой и чрезмерной.

Схема Пунитивности часто связана с другими схемами, особенно со схемами Жестких стандартов/Придирчивости и Дефекивности/Стыдливости. Когда пациенты устанавливают для себя недостижимые стандарты и наказывают себя за несоответствие им (а не просто чувствуют себя несовершенными), у них присутствуют схемы Жестких стандартов/Придирчивости и Пунитивности. Когда они страдают от собственной неполноценности и наказывают себя за нее (а не просто чувствуют себя подавленными), у них присутствуют схемы Дефекивности/Стыдливости и Пунитивности. Большинство пациентов с пограничным расстройством личности имеют как схему Дефекивности/Стыдливости, так и схему Пунитивности: им плохо, когда они чувствуют себя неполноценными, и поэтому они наказывают себя за это. Они приняли поведение Наказывающего родителя в качестве режима и наказывают себя за свое несовершенство, точно так же, как это делал с ними родитель: кричат на себя, наносят себе телесные повреждения, мучают себя голодом или иным образом наказывают себя. (Мы обсуждаем режим Наказывающего родителя далее, в главе 9, посвященной лечению пациентов с ПРЛ).

Основная цель — помочь пациентам стать менее суровыми и более снисходительными по отношению к себе и к другим людям. Для начала психотерапевт объясняет пациентам, что в большинстве случаев наказание мало что дает. Наказание не является эффективным способом изменить поведение, особенно по сравнению с другими методами, такими как вознаграждение за хорошее поведение или моделирование. Многочисленные исследования в рамках теории оперантного обусловливания показали неэффективность наказания как способа изменения поведения (*Baron, 1988; Beyer & Thrice, 1984; Coleman, Abraham, & Jussin, 1987; Rachlin, 1976*). Другие исследования показывают, что авторитарный стиль воспитания менее эффективен, чем демократический. Авторитарный стиль воспитания предусматривает наказание за "плохое" поведение, а демократический предусматривает объяснение, почему поведение ребенка было неправильным. Как правило, дети авторитарных родителей не слушаются взрослых в отсутствие родителя, тогда как дети демократичных родителей стараются делать то, что правильно, независимо от присутствия рядом родителя. Кроме того, дети демократичных родителей обладают более высокой самооценкой (*Aunola, Stattin, & Nurmi, 2000; Patock-Peckham, Cheong, Balhorn, & Nogoshi, 2001*).

Каждый раз, когда пациент выражает желание наказать кого-то, психотерапевт задает ряд вопросов: "Каковы были намерения этого человека? Если намерения были хорошими, разве это ничего не значит? Разве человек не заслуживает прощения? Если намерения человека были хорошими, поможет ли наказание? Разве человек не может повторить такое поведение, когда вас там не будет? Даже если человек в следующий раз будет вести себя лучше, не слишком ли высока цена? Наказание подорвало бы ваши отношения и самооценку этого человека. Это точно то, чего вы хотите?" Эти вопросы помогают пациенту понять, что наказание — не лучший выход.

Пациенты работают над развитием эмпатии и более снисходительного отношения к людям, невзирая на их слабости и несовершенства. Они учатся учитывать смягчающие обстоятельства и реагировать взвешенно, когда кто-то совершает ошибку или не

соответствует их ожиданиям. Если они наделены властью (например, если другой человек является их ребенком или подчиненным), то они не наказывают этого человека. Скорее, они сосредоточены на том, чтобы помочь человеку понять, как лучше себя вести в следующий раз. Наказание может применяться в отношении тех, кто груб, халатен или имеет аморальные намерения. Как говорится, на колебания весов правосудия должно влиять милосердие.

Приоритетные стратегии в лечении

Когнитивные стратегии важны для формирования у пациентов мотивации к изменениям. Основная стратегия заключается в предоставлении пациентам необходимой информации, после чего пациенты исследуют преимущества и недостатки наказания по сравнению со снисхождением. Они перечисляют преимущества и недостатки как наказания, так и прощения, которое может сопровождаться адекватным указанием другому человеку на его ошибки. Анализ преимуществ и недостатков помогает пациенту прийти к обоснованному выводу о том, что наказание не является эффективным способом исправления ошибок. Пациенты проводят воображаемые диалоги между карательной и прощающей сторонами своей личности, предоставляя обеим сторонам возможность высказаться. Изначально психотерапевт играет здоровую сторону, а пациент — нездоровую; в конце концов, пациент играет обе стороны в своих воображаемых диалогах. Рациональное убеждение, что цена схемы выше, чем получаемая от нее выгода, может помочь пациентам укрепить решимость бороться с ней.

Поскольку эта схема почти всегда является интернализацией схемы пунитивности родителей, большая часть экспериенциальной работы сосредоточена на экстернализации и борьбе с режимом Наказывающего родителя. Работая с воображением, пациенты изображают родителя, который отчитывает их за что-то. Они отвечают родителю, говоря: "Я больше не собираюсь тебя слушать. Я больше не буду тебе верить. Ты неправ и плохо влияешь на меня". Работа над образом Наказывающего родителя дает пациентам возможность дистанцироваться от схемы, сделав ее менее эго-синтонической. Вместо того чтобы принимать повелительный голос схемы за собственный, пациенты слышат его как внешний голос — голос родителя. Пациенты могут сказать себе: "Это не мой голос; это голос моего родителя. Наказание не было для меня положительным опытом в детстве, и теперь оно тоже не является полезным для меня. Я больше не буду наказывать себя и не буду наказывать других людей, особенно тех, кого люблю".

Цель поведенческих стратегий состоит в том, чтобы практиковать более прощающие реакции в ситуациях, когда у пациентов есть желание обвинить себя или других. Пациенты репетируют поведение с помощью ролевой игры, а затем выполняют домашнее задание. При необходимости психотерапевт может смоделировать более прощающие варианты реагирования. Пациенты отмечают, соответствует ли исход ситуации их мрачным прогнозам. Например, в качестве поведенческого эксперимента одна пациентка, мать маленькой дочери, на неделю изменила свои реакции на проделки и шалости дочери. Вместо того чтобы кричать на нее, когда она плохо себя вела, пациентка спокойно объясняла, почему ее поведение было неправильным. Пациентка полагала, что при этом дочь будет вести себя еще хуже, но вышло наоборот.

Психотерапевт может использовать терапевтические отношения для моделирования прощения. Замещающее родительство, которое предоставляет психотерапевт, подчеркивает преимущества сострадания перед наказанием. Если пациент совершает ошибку, например, путает время встречи или забывает сделать домашнее задание, психотерапевт не отчитывает его, а помогает понять, как избежать ошибки в будущем.

Специфические проблемы, связанные с данной схемой

Эту схему может быть трудно изменить, особенно когда она сочетается со схемой Дефективности/Стыдливости. Чувство моральной недопустимости, которое испытывает пациент, может быть весьма ригидным. Поддержка мотивации пациента к изменению — ключ к лечению. Психотерапевт помогает пациенту сосредоточиться на затратах и выгодах от схемы с точки зрения повышения самооценки и гармонизации межличностных отношений.

Глава 8

РАБОТА С РЕЖИМАМИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СХЕМЫ

Как мы говорили в главе 1, режим представляет собой набор схем или проявлений схемы — адаптивных или дезадаптивных, — которые в настоящее время активированы у конкретного человека. Развитие понятия режима шло параллельно с применением теории схемы к пациентам со все более и более серьезными расстройствами. Мы начали с традиционной когнитивно-поведенческой терапии, которая помогает многим пациентам с расстройствами оси I. Однако многие пациенты, особенно с хроническими симптомами и с расстройствами оси II, либо вообще не получали пользы от КПТ, либо все еще страдали от сильного дистресса и нарушения функционирования вследствие выраженной характерологической психопатологии. Аналогичным образом схема-терапия помогала большинству пациентов, но была не в полной мере эффективной для категории пациентов с тяжелыми расстройствами, требующими дальнейшего лечения, особенно для пациентов с пограничным и нарциссическим расстройствами личности.

Хотя работа с режимами изначально была направлена на лечение сложных случаев, теперь мы используем ее и для многих наших пациентов с более высоким уровнем функционирования в повседневной жизни. Работа с режимами стала неотъемлемой частью схема-терапии, и мы плавно сочетаем ее с "обычной" работой со схемами, уже не представляя себе эти два подхода как отдельные. Разница в том, что при работе с пациентами с пограничным и нарциссическим расстройствами мы используем работу с режимами в качестве основного подхода, а при работе с более здоровыми пациентами — в качестве дополнительного. Таким образом, работа с режимами — это "продвинутая" составляющая работы со схемой, применяемая, когда терапевт заходит в тупик или считает, что это было бы полезно. Все диалоги с двумя разными режимами, включающими сторону схемы и здоровую сторону личности, являются формами работы с режимами.

КОГДА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ПОДХОД РЕЖИМОВ

Когда психотерапевту следует применять подход режимов, а не "обычный" подход работы со схемами, который мы описывали в предыдущих главах? Согласно нашей практике, чем более полноценно функционирует пациент в повседневной жизни, тем выше вероятность того, что мы будем делать акцент на "стандартной" схема-терапии (о которой мы говорили в предыдущих главах этой книги); чем тяжелее расстройство пациента, тем выше вероятность того, что мы будем уделять внимание работе с режимами и применению соответствующих стратегий. В случае с пациентами со средним уровнем функционирования мы склонны комбинировать эти два подхода и работать со схемами, копинговыми стратегиями и режимами в комплексе.

Мы можем перейти от "обычного" подхода терапии схем к подходу работы с режимами, когда кажется, что терапевтический процесс не движется дальше, и мы не можем прорваться через избегание или гиперкомпенсацию пациентом лежащих в основе схем. Это может произойти с ригидными пациентами, которые постоянно находятся в режимах избегания или гиперкомпенсации, — например, с пациентами с обсессивно-компульсивным или нарциссическим расстройствами личности.

Мы могли бы также перейти к подходу режимов, когда пациент склонен жестко наказывать или критиковать себя. Обычно это указывает на наличие интернализованного дисфункционального родителя, который наказывает или критикует пациента. Врач и пациент могут объединить усилия против режима Наказывающего родителя[1]. Определение режима помогает пациенту экстернализировать его и сделать более эго-дистоническим.

Мы могли бы перейти к режимам в работе с пациентом, у которого есть внутренний конфликт, кажущийся неразрешимым, — например, в котором две части его личности противоречат друг другу по поводу важного жизненного решения (например, стоит ли разрывать длительные отношения). Каждая часть личности может быть определена как режим, и оба этих режима могут вести диалоги и договариваться друг с другом. Наконец, мы, как правило, делаем акцент на режиме при работе с пациентами, у которых наблюдаются частые эмоциональные колебания, как это нередко бывает у пациентов с ПРЛ, которые резко переходят от гнева к печали, от печали к самонаказанию, от самонаказания к оцепенению.

ОБЩИЕ РЕЖИМЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СХЕМЫ

Как отмечалось в главе 1, мы определили четыре основных типа режимов: детские режимы, дезадаптивные копинговые режимы, дисфункциональные родительские режимы и режим Здорового взрослого. Каждый режим связан с определенными схемами

---

[1] Здесь и далее подразумеваются режимы из группы дисфункциональных родительских режимов функционирования схем (в современной литературе— "режим Наказывающего критика"). — *Примеч. ред.*

(кроме режима Здорового взрослого и Счастливого ребенка) или отражает определенные копинговые стратегии.

У пациентов с пограничным и нарциссическим расстройствами личности режимы относительно не связаны между собой, поэтому они в каждый отдельный момент времени находятся только в одном режиме. Пациенты с ПРЛ быстро переключаются между своими режимами. Другие пациенты, например пациенты с нарциссическим расстройством личности, переключаются между режимами реже и могут находиться в одном режиме в течение длительного периода времени. Например, пациент с нарциссическим расстройством личности, уехавший в отпуск на целый месяц, может провести все это время в режиме Отстраненного самоутешителя, переживая чувства новизны и радостного возбуждения. В то же время пациент с таким же расстройством, находящийся на работе или на вечеринке, может пребывать в режиме Самовозвеличивателя.

Тем не менее другие пациенты, например пациенты с обсессивно-компульсивным расстройством личности, жестко заблокированы в одном режиме и почти никогда не выходят из него. Независимо от того, где они находятся, с кем они или что происходит, они, по сути, одинаковы: эмоционально сдержанные перфекционисты, привыкшие полностью контролировать свои переживания и действия. Когда мы работаем с пациентом, важно знать, как часто он переключается между режимами, однако сам режим определяет не этот показатель. Режимы могут либо часто переключаться у данного пациента, либо оставаться относительно постоянными. Любая из этих крайностей может привести к существенным проблемам для пациента.

Детские режимы

Детские режимы проявляются наиболее наглядным образом, когда речь идет о пациентах с ПРЛ, которые сами очень похожи на детей. Мы определили четыре детских режима: Уязвимый ребенок, Сердитый ребенок, Импульсивный/Недисциплинированный ребенок и Счастливый ребенок (табл. 8.1). Мы полагаем, что детские режимы являются врожденными и что они представляют собой врожденный эмоциональный диапазон человеческих существ. Окружающая обстановка и ситуации в раннем детстве могут подавлять или усиливать тот или иной детский режим, но люди рождаются со способностью выражать все четыре режима.

Пациент в режиме *Уязвимого ребенка* может выглядеть испуганным, грустным, подавленным или беспомощным. Этот режим напоминает маленького ребенка, который нуждается в заботе взрослых, чтобы выжить, но не получает такой помощи. Ребенок отчаянно нуждается в родителе и будет терпеть практически что угодно, только чтобы родитель был рядом. (Мэрилин Монро отлично изображала беззащитность Уязвимого ребенка.) Специфика режима Уязвимого ребенка зависит от схемы: родитель оставляет ребенка в одиночестве на длительный период времени (Покинутый ребенок); сурово наказывает его (Подвергшийся насилию ребенок); не дает любви (Эмоционально депривированный ребенок); резко критикует (Дефективный ребенок). Связанные схемы включают в себя Социальную отчужденность, Зависимость/Беспомощность, Уязвимость, Запутанность/Неразвитую идентичность и Некомпетентность. Большинство

схем являются частью режима Уязвимого ребенка. По этой причине мы рассматриваем этот режим как основной при работе над схемой. В конечном счете это тот режим, на который мы делаем особый акцент при лечении.

ТАБЛИЦА 8.1. Детские режимы

Детские режимы	*Описание*	*Типичные связанные схемы*
Уязвимый ребенок	Испытывает дисфорические или тревожные переживания, особенно страх, грусть и беспомощность, когда сталкивается со связанными схемами	Покинутости/Нестабильности, Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Эмоциональной депривированности, Дефективности/Стыдливости, Социальной отчужденности, Зависимости/Беспомощности, Уязвимости, Запутанности/Неразвитой идентичности, Негативизма/Пессимизма
Сердитый ребенок	Выражает гнев непосредственно в ответ на неудовлетворение своих базовых потребностей или несправедливое обращение, связанное с базовыми схемами	Покинутости/Нестабильности, Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Эмоциональной депривированности, Покорности (и временами любая из схем, связанных с режимом Уязвимого ребенка)
Импульсивный/ Недисциплинированный ребенок	Действует импульсивно, руководствуясь своим непосредственным стремлением к удовольствию, без учета границ, потребностей или чувств окружающих. Этот режим не связан с базовыми потребностями	Привилегированности/Грандиозности, Недостаточности самоконтроля
Счастливый ребенок	Чувствует себя любимым, удовлетворенным и довольным; ощущает стабильную связь с значимыми близкими	Нет. Активированные схемы отсутствуют

Сердитый ребенок приходит в ярость. Практически все маленькие дети гневаются, когда не удовлетворяются их базовые потребности. Хотя родитель может наказывать ребенка за подобную реакцию или иным способом подавлять проявления его недовольства, гнев — нормальная реакция для ребенка в затруднительном положении. Пациенты в режиме Сердитого ребенка выражают гнев непосредственно в ответ на неудовлетворение потребностей или несправедливое обращение, что связано с другими схемами, включая схемы Покинутости/Нестабильности, Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Эмоциональной депривированности и Покорности. Когда срабатывает схема и пациент чувствует себя оставленным, обиженным, депривированным или подчиненным, он приходит в ярость и может кричать, словесно нападать, ожидать насилия или испытывать побуждения к насилию.

Импульсивный/Недисциплинированный ребенок действует под влиянием момента, чтобы удовлетворить свои потребности, и стремится к удовольствию, не обращая внимания на существующие границы или окружающих людей. Этот режим — ребенок в его естественном состоянии, еще не ограниченный общепринятыми рамками и "нецивилизованный", не имеющий обязательств, свободный. (Питер Пэн, вечный ребенок, является воплощением этой схемы.) Импульсивный/Недисциплинированный ребенок имеет низкий уровень толерантности к фрустрации и неспособен откладывать краткосрочное удовольствие ради долгосрочных целей. Человек в этом режиме может выглядеть испорченным, злым, небрежным, ленивым, нетерпеливым, невнимательным, неуправляемым. Связанные схемы могут включать в себя Привилегированность/Грандиозность и Недостаточность самоконтроля.

Счастливый ребенок чувствует себя любимым и довольным. Этот режим не связан с какими-либо ранними дезадаптивными схемами, поскольку базовые потребности ребенка должным образом удовлетворяются. Режим Счастливого ребенка означает здоровое отсутствие активированных схем.

Дезадаптивные копинговые режимы

Дезадаптивые копинговые режимы представляют собой попытки ребенка адаптироваться к жизни с неудовлетворенными эмоциональными потребностями во вредоносной окружающей среде. Эти копинговые режимы были адаптивными, когда пациент был маленьким ребенком, но в более широком мире взрослой жизни они часто становятся дезадаптивными. Мы определили три основных типа этих режимов: Послушный капитулянт, Отстраненный защитник[2], Гиперкомпенсатор[3] (табл. 8.2). Они соответствуют трем копинговым стратегиям: капитуляции, избеганию и гиперкомпенсации.

ТАБЛИЦА 8.2. Дезадаптивные копинговые режимы

Дезадаптивный копинговый режим	***Описание***
Послушный капитулянт	Копинговые стратегии проявляются в виде уступчивости и зависимости
Отстраненный защитник	Копинговые стратегии проявляются в виде эмоционального отстранения, отсутствия близких отношений, изоляции и избегающего поведения
Гиперкомпенсатор	Копинговые стратегии проявляются в виде контратак и контроля. Возможна гиперкомпенсация с помощью относительно адаптивных способов, таких как трудоголизм

[2] Здесь и далее подразумевается группа избегающих копинговых режимов, которые выделены в современной литературе. — *Примеч. ред.*

[3] На момент написания книги концепция режимов не была в достаточной степени проработана. На данный момент в современной литературе по схема-терапии выделяется множество подтипов из группы дисфункциональных копинговых режимов гиперкоменсации. — *Примеч. ред.*

Функция Послушного капитулянта заключается в том, чтобы избегать плохого обращения в дальнейшем. Функции двух других режимов, Отстраненного защитника и Гиперкомпенсатора, состоят в том, чтобы избегать огорчающих эмоций, вызванных срабатыванием схемы.

Послушный капитулянт в качестве копинговой стратегии выбирает подчинение схеме, капитуляцию перед ней. Пациенты в этом режиме кажутся пассивными и зависимыми. Они делают то, чего хочет от них психотерапевт (и другие люди), чувствуют себя беспомощными перед лицом более могущественной фигуры. Они чувствуют, что у них нет выбора, кроме как стараться угодить человеку, чтобы избежать конфликта. Они послушны, позволяют плохо с собой обращаться, пренебрегать ими, контролировать или обесценивать их, чтобы сохранить связь и избежать мести.

Отстраненный защитник в качестве копинговой стратегии использует избегание схемы. Эта копинговая стратегия заключается в психологическом отстранении. Люди в режиме Отстраненного защитника дистанцируются от других людей и отключают свои эмоции, чтобы защитить себя от боли уязвимости. Этот режим подобен защитной броне или стене, за которой прячутся более уязвимые режимы. В режиме Отстраненного защитника пациенты могут чувствовать оцепенение или опустошение. Они могут занять циничную или отчужденную позицию, чтобы избегать эмоционального контакта с окружающими или эмоционального вовлечения в какую-либо деятельность. Поведенческие примеры включают в себя избегание социальных ситуаций, привычку полагаться исключительно на собственные силы, зависимость от самоуспокоения, фантазирование, неспособность сосредоточиться и поиск стимуляции.

Режим Отстраненного защитника является проблемой для многих наших пациентов с характерологическими расстройствами, особенно для пациентов с ПРЛ, и часто представляет собой наиболее сложный для изменения аспект. Когда эти пациенты были маленькими детьми, развитие режима Отстраненного защитника было адаптивной стратегией. Они оказались в ловушке травмирующей среды, которая приносила слишком много страданий, поэтому для пациентов было разумным дистанцироваться, отстраниться и ничего не чувствовать. По мере того, как дети взрослели и вступали в менее враждебный или менее ограничивающий их мир, было бы адаптивным "отпустить" Отстраненного защитника и снова стать открытыми для мира и для собственных эмоций. Но они настолько привыкли к этому режиму, что он становится автоматическим, и пациенты не знают, как из него выйти. Их убежище стало их тюрьмой.

Гиперкомпенсаторы используют в качестве копинговой стратегии гиперкомпенсацию схемы. Они действуют так, как если бы истинное положение вещей представляло собой полную противоположность схеме[4]. Например, чувствуя себя неполноценными, они стараются выглядеть идеальными, казаться лучше окружающих. Испытывая вину, они обвиняют окружающих. Чувствуя, что над ними доминируют, они запугивают других людей в ответ. Чувствуя, что их используют, они ищут возможность эксплуатировать окружающих. Чувствуя, что они хуже других, они стремятся произвести впечатление на окружающих своим статусом или достижениями. Некоторые

---

[4] Схемы Привилегированности/Грандиозности и Жестких стандартов/Придирчивости часто функционируют как формы гиперкомпенсации. Однако они могут быть и "чистыми" схемами, а не формами гиперкомпенсации.

Гиперкомпенсаторы пассивно-агрессивны. Они кажутся подчеркнуто послушными, тогда как на самом деле втайне мстят с помощью прокрастинации, клеветы, ябедничества или невыполнения своих обязанностей. Некоторые Гиперкомпенсаторы обсессивны. Они поддерживают строгий порядок, самоконтроль и высокий уровень предсказуемости благодаря планированию, чрезмерно точному соблюдению предписаний и процедур или чрезмерной осторожности.

Дисфункциональные родительские режимы

Дисфункциональные родительские режимы являются интернализацией родительских фигур из раннего детства пациента. Находясь в дисфункциональном родительском режиме, пациенты *становятся* этим родителем и относятся к себе так же, как родитель относился к ним в детстве. Они часто перенимают голос родителя в разговоре с самим собой. В дисфункциональных родительских режимах пациенты думают, чувствуют и ведут себя так, как это делали в их детстве родители.

Мы определили два наиболее распространенных дисфункциональных родительских режима (хотя у некоторых пациентов могут проявляться и другие родительские режимы): Наказывающий (или Критикующий) родитель и Требовательный родитель (табл. 8.3).

ТАБЛИЦА 8.3. Дисфункциональные родительские режимы

Дисфункциональные родительские режимы	*Описание*	*Типичные связанные схемы*
Наказывающий/ Критикующий родитель	Сдерживает, критикует или наказывает себя или других людей	Покорность, Пунитивность, Дефективность/Стыдливость, Недоверие/ Ожидание жестокого обращения (в качестве обидчика)
Требовательный родитель	Устанавливает высокие ожидания и высокий уровень ответственности по отношению к окружающим; подавляет себя или других людей	Жесткие стандарты/Придирчивость, Самопожертвование

Наказывающий родитель гневно наказывает, критикует или ограничивает ребенка за выражение им своей потребности или за ошибки. Наиболее распространенными связанными схемами являются Пунитивность и Дефективность/Стыдливость. Этот режим особенно заметен у пациентов с ПРЛ или тяжелой депрессией. Пациенты с ПРЛ обладают режимом Наказывающего родителя, в котором они становятся собственными обидчиками и наказывают себя. Например, они называют себя злыми, грязными или плохими и наказывают себя вплоть до нанесения себе телесных повреждений. В этом режиме они не являются Уязвимыми детьми; скорее, они — Наказывающие родители, карающие Уязвимого ребенка. На самом деле, они постоянно переключаются между режимами Наказывающего родителя и Уязвимого ребенка, так что в некоторые

моменты становятся детьми, подвергающимися жестокому обращению, а в некоторых — собственными родителями, вершащими насилие.

Требовательный родитель заставляет ребенка соответствовать нереалистичным, завышенным родительским ожиданиям. Человек чувствует, что "правильно" быть идеальным, и "неправильно" — ошибаться или проявлять спонтанность. Связанные схемы включают в себя Жесткие стандарты/Придирчивость и Самопожертвование. Этот режим весьма распространен среди пациентов с нарциссическим и обсессивно-компульсивным расстройствами личности. Пациенты переходят в режим Требовательного родителя, в котором устанавливают для себя завышенные стандарты и стремятся соответствовать им. Однако Требовательный родитель — это не обязательно наказывающий: он ожидает многого, но может не обвинять или не наказывать. Чаще всего ребенок признает разочарование родителя, отчего испытывает стыд. Многие пациенты сочетают режимы Наказывающего родителя и Требовательного родителя, устанавливая для самих себя завышенные стандарты и наказывая себя за невозможность им соответствовать.

Режим Здорового взрослого

Этот режим является здоровой, взрослой частью личности, которая выполняет "руководящую" функцию по отношению к другим режимам. Здоровый взрослый помогает удовлетворить базовые эмоциональные потребности ребенка. Создание и укрепление режима Здорового взрослого пациента с целью эффективной работы над другими режимами — важнейшая терапевтическая задача.

У большинства взрослых пациентов присутствуют некоторые вариации этого режима, которые существенно различаются по эффективности. Здоровые пациенты, с более высокой функциональностью в повседневной жизни, обладают более сильным режимом Здорового взрослого; у пациентов с более тяжелыми расстройствами режим Здорового взрослого обычно ослаблен. Пациенты с ПРЛ часто практически не имеют режима Здорового взрослого, поэтому психотерапевт должен помочь его создать или усилить в случае крайней неразвитости.

Подобно хорошему родителю, режим Здорового взрослого выполняет следующие три основные функции:

1. Предоставляет заботу, поддержку и защиту Уязвимому ребенку.
2. Устанавливает границы для Сердитого ребенка и для Импульсивного/Недисциплинированного ребенка в соответствии с принципами взаимности и самодисциплины.
3. Борется с дезадаптивными копинговыми режимами и дисфункциональными родительскими режимами или смягчает их.

В процессе лечения пациенты интернализируют поведение психотерапевта как часть своего режима Здорового взрослого. Сначала психотерапевт выступает в роли Здорового взрослого всякий раз, когда пациент оказывается неспособен сделать это сам. Например, если пациент может самостоятельно бороться с Наказывающим родителем, психотерапевт не вмешивается. Однако если пациент не может справиться с

Наказывающим родителем и вместо этого бесконечно нападает на себя, а не защищает, психотерапевт вмешивается и помогает справиться с режимом Наказывающего родителя пациента. Постепенно пациент перенимает на себя роль Здорового взрослого. (Это именно то, что мы подразумеваем под *замещающим родительством*.)

СЕМЬ ОСНОВНЫХ ШАГОВ ПРИ РАБОТЕ С РЕЖИМАМИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СХЕМЫ

Мы разработали семь *основных* шагов при работе с режимами функционирования схемы. (В следующих главах мы обсуждаем, как адаптировать эти общие стратегии для работы с режимами, которые мы выделяем у пациентов с пограничным и нарциссическим расстройствами личности.)

1. Идентификация и обозначение режимов пациента.
2. Исследование источников происхождения и (если это уместно) адаптивной ценности режима в детском или подростковом возрасте.
3. Соотнесение дисфункциональных режимов с текущими проблемами и симптомами.
4. Демонстрация преимуществ изменения режима или отказа от него, если он препятствует доступу к другому режиму.
5. Получение доступа к режиму Уязвимого ребенка посредством работы с воображением.
6. Диалоги между режимами: поначалу психотерапевт моделирует режим Здорового взрослого, а затем пациент берет на себя эту роль.
7. Помощь пациенту в генерализации работы с режимами в ситуациях за пределами сеансов психотерапии.

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ: АННЕТ

Проиллюстрируем эти семь шагов при работе с режимами функционирования схемы в случае пациентки по имени Аннет. Следующие фрагменты взяты из беседы, которую д-р Янг провел с Аннет на сеансе психотерапии. До этого она в течение полугода проходила лечение у другого психотерапевта по имени Рэйчел.

Аннет 26 лет. Она не замужем и живет одна в квартире на Манхэттене. Аннет работает администратором. В начале терапии у нее были проблемы: она страдала депрессией и злоупотребляла алкоголем. Аннет также рассказала о постоянных проблемах в личных отношениях и на работе: она часто меняет партнеров и переходит с одной работы на другую, и ей трудно приучить себя дисциплинированно выполнять свои рабочие обязанности.

Ранее Рэйчел подходила к лечению Аннет, сочетая когнитивно-поведенческие стратегии лечения депрессии и злоупотребления алкоголем с посещением группы

анонимных алкоголиков и схема-терапией. Успех оказался весьма незначительным. Аннет осознала, что она эмоционально отстранена от окружающих и прибегает к выпивке и шумным вечеринкам, чтобы приглушить свои чувства и заполнить внутреннюю пустоту. Хотя Аннет смогла повысить свой уровень осознанности, она все еще испытывала депрессию, и у нее по-прежнему бывали случаи злоупотребления алкоголем.

Мы решили, что случай Аннет подходит для работы с режимами, главным образом потому, что ее прогресс в лечении, казалось, остановился и не может сдвинуться с мертвой точки. Режим Отстраненного защитника оказался у Аннет настолько сильным, что она не могла признавать никаких чувств, делающих ее уязвимой. Ее неспособность получить доступ к уязвимым чувствам — ее схемам — блокировала терапию. Это пример распространенного случая, когда психотерапевт может добиться успеха, работая с режимами функционирования схемы: пациент чрезмерно избегает или гиперкомпенсирует, и поэтому не может получить эмоциональный доступ к своим схемам. В следующих фрагментах беседы д-р Янг работает с режимами, чтобы прорваться через барьеры Отстраненного защитника и достичь лежащих в основе схем Уязвимого ребенка.

В первом фрагменте Аннет описывает свои текущие терапевтические цели.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Не могли бы вы рассказать мне немного о целях, которых вы хотели бы достичь в рамках курса психотерапии?

АННЕТ: Ну, я хотела бы стать счастливой. Сейчас я в депрессии.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно. Получается, основная беспокоящая вас проблема — депрессия?

АННЕТ: Да. Я стараюсь изменить свой образ жизни.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете ли вы, что именно в вашей жизни провоцирует депрессию?

АННЕТ: Ну, теперь знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что же это?

АННЕТ: Ну, я не знаю, как проявлять свои чувства или говорить о них. В моей семье не принято обсуждать свои чувства.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, никто из членов вашей семьи не может обсуждать свои чувства.

АННЕТ: Верно. Я близка со своей матерью, но мы больше похожи на друзей.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но на друзей, которые не делятся своими чувствами?

АННЕТ: Верно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно. У вас есть подруги, с которыми вы могли бы поделиться своими чувствами?

АННЕТ: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Нет. Так вы всегда были очень закрытым человеком?

АННЕТ: Угу.

Аннет связывает свою депрессию с режимом Отстраненного защитника. Она чувствует себя подавленной именно потому, что она эмоционально отстранена от других людей.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно. Еще одна вещь, о которой вы упомянули, — это плохое отношение к самой себе.

АННЕТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: В чем же вы плохи, по вашему мнению?

АННЕТ: Ну, когда я впадаю в депрессию, я много пью.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно.

АННЕТ: Я просто не считаю себя хорошей.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Если вы перестанете пить, как вы думаете, станете ли вы лучше о себе думать?

АННЕТ: Ну, вот сейчас я не пью, но все равно не отношусь к себе хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так что же это? Как вы думаете, что лежит в основе вашего плохого отношения к себе?

АННЕТ: Ну, понимаете, моя семья, мои друзья, мой образ жизни в целом... Все это — полный отстой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно.

АННЕТ: Мне нужно что-то изменить.

Аннет описывает свои романтические отношения. У нее был роман с женатым мужчиной, но он порвал с ней, и теперь она встречается с надежным, любящим ее мужчиной, который, однако, нагоняет на нее скуку: "Да, он надежный, нормальный, но я теряю интерес к нему".

Психотерапевт переходит к первому шагу работы с режимами, идентифицируя и обозначая их.

Шаг 1. Идентификация и обозначение режимов пациента

Обычно этот процесс происходит естественным образом, по мере того как психотерапевт наблюдает мысли пациента, его чувства и поведение. Психотерапевт замечает сдвиги в поведении пациента и начинает определять режимы, связанные с каждым из его состояний. По мере проявления режимов на сеансах или в информации, которую предоставляет пациент, психотерапевт начинает их обозначать.

Психотерапевт должен убедиться в том, что режим был точно идентифицирован, прежде чем обозначать его. Поэтому психотерапевт должен собрать достаточное количество фактов и примеров, чтобы проиллюстрировать режим, — неоднократно наблюдая за ним во время сеансов и внимательно выслушивая описания пациентом случаев, произошедших вне сеансов психотерапии. После того как психотерапевт идентифицировал режим, он получает от пациента обратную связь о том, соответствуют ли его выводы действительности. За редкими исключениями психотерапевт не пытается убедить пациентов признать режимы, которые они не могут интуитивно распознать.

Аналогичным образом пациент играет ключевую роль при обозначении режимов. Включение режима в психотерапию в качестве “персонажа”— это всегда совместная работа психотерапевта и пациента.

Психотерапевт и пациент работают вместе, чтобы индивидуализировать название каждого режима с целью зафиксировать конкретные стратегии поведения, которые применяет данный пациент. Обычно мы не используем для обозначения режимов те названия, которые мы привели в начале главы. Скорее, мы работаем с пациентами, чтобы найти такие названия для их режимов, которые будут наиболее точно соответствовать их собственным мыслям, эмоциям и поведению. Например, режим Послушного капитулянта можно назвать “хорошей девочкой”; режим Уязвимого ребенка — “покинутым ребенком” или “одиноким ребенком”; режим Отстраненного защитника — “трудоголиком”, “стеной” или “искателем приключений”; режим Гиперкомпенсатора — “диктатором”, “хулиганом” или “властелином”. Мы работаем с пациентом над тем, чтобы найти такое название, которое будет отражать суть того, что он сам делает и чувствует.

Большинство пациентов хорошо воспринимают концепцию режимов. Когда психотерапевт спрашивает пациента: “В каком режиме вы сейчас находитесь?”, пациент может ответить: “Сейчас я нахожусь в своем Компульсивном режиме” или “Сейчас я — Сердитый ребенок”. Эта модель позволяет отслеживать внутренние переживания пациента при переключении с одного эмоционального состояния на другое.

В следующем фрагменте беседы психотерапевт помогает Аннет начать определять и обозначать ее основные режимы. Вначале Аннет описывает свое ощущение скуки. Психотерапевт исследует, что лежит в основе ее чувства скуки.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, вы все время ищете какую-нибудь стимуляцию извне?

АННЕТ: Угу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы всегда стремитесь к новизне и разнообразию. Когда вы начинаете испытывать скуку, каково это? Вы когда-нибудь давали себе достаточно времени, чтобы прочувствовать эту эмоцию?

АННЕТ: Когда мне скучно, я места себе не нахожу, я вся на взводе. Например, если остаюсь дома на все выходные.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. Представьте, что вы остались на все выходные дома.

АННЕТ: Да. Я так сделала на прошлых выходных.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: На что это было похоже?

АННЕТ: Я была немного подавлена. Я сходила с ума.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно. Что интересно, поначалу вы говорили, что вам было скучно, но сейчас вы говорите, что были подавлены.

АННЕТ: Пожалуй, было и то, и другое.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как думаете, не является ли слово “скучно” тем термином, который вы используете, чтобы не признавать факт вашей подавленности?

АННЕТ: Возможно.

В основе скуки Аннет лежит депрессия ее режима Уязвимого ребенка. Психотерапевт объяснит это Аннет позже.

"Избалованная Аннет"

Психотерапевт помогает Аннет определить режим, которому они дают название "избалованная Аннет". (Мы обычно не используем уничижительные ярлыки, но в данном случае пациентка сама подала эту идею.) Этот режим является вариацией режима Импульсивного/Недисциплинированного ребенка. Хотя Аннет в последнее время достигла некоторого прогресса в борьбе с этим режимом, он все еще создает ей проблемы, заставляя делать все, чтобы чувствовать себя хорошо в данный момент (например, выпивать или посещать вечеринки), вместо того, что принесло бы пользу в долгосрочной перспективе (например, развивать долгосрочные близкие отношения или выстраивать карьеру).

Психотерапевт продолжает исследовать депрессию, которая лежит в основе скуки Аннет. В результате этой беседы, ему удается идентифицировать режим "избалованной Аннет".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, происходит вот что: когда вокруг вас все слишком тихо и спокойно, у вас появляется время подумать о своих глубинных депрессивных чувствах. Когда окружающая среда активна и полна стимулов, это отвлекает вас от необходимости думать об этих болезненных чувствах.

АННЕТ (*раздраженным тоном*): Ну, я не всегда думаю о них, все это просто слишком сложно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно. (*Пауза.*) Когда вы говорите, что все слишком сложно, что это значит? Это принесет вам слишком много неприятностей?

АННЕТ (*все еще раздраженно*): Ну, раньше, когда мне было скучно, я гуляла с друзьями, напивалась, и мне не приходилось ни о чем думать. Теперь я вынуждена переживать все эти чувства, и это непривычно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Звучит так, будто вы возмущены тем, что вам приходится это делать.

АННЕТ: (*смеется*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понимаете, что я имею в виду, — то ощущение, будто вы вовсе не обязаны это делать? Можете ли вы рассказать мне больше о той стороне вашей личности, которая считает, что не обязана этого делать?

АННЕТ (*полушутя*): Мне не следует делать то, чего я не хочу, правильно?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ясно. Вы сказали "правильно", как будто ожидали, что я соглашусь.

АННЕТ: А вы разве не согласны с этим?

Психотерапевт исследует мысли и чувства той части личности Аннет, которая наделена "особыми правами".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы упомянули, что ваши родители позволяли вам делать все, что вам хотелось. Но вы сказали, что впоследствии поняли, что это было неправильно.

АННЕТ: Я бы не стала этого делать, если бы у меня был ребенок; я бы не стала делать это сейчас, потому что я вижу вред от этого.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но, хотя на рациональном уровне вы осознаете негативные последствия, эмоционально вы все еще ощущаете, что вам не нужно делать ничего, что вам не хочется.

АННЕТ: Да, потому что я темпераментная. Если я не получаю то, что хочу, я просто выхожу из себя.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно, похоже на истерику, которую закатывают маленькие дети?

АННЕТ: Нет, ну я не начинаю кричать и бросаться вещами.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А на что это похоже?

АННЕТ: Если я не могу добиться своего, то, в случае с родителями, я просто никуда с ними не пойду. Я уйду одна.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как будто вы их наказываете?

АННЕТ: Да, это оно. Я наказываю их. Именно так.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно. Вы наказываете их, потому что они не дают вам то, что вы хотите?

АННЕТ: Да, именно так. Но этим я делаю хуже только самой себе. Я страдаю из-за этого; кроме меня, больше никто не страдает, но я все равно продолжаю это делать.

В следующем фрагменте беседы психотерапевт определяет "избалованную Аннет" как режим.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Не хочу, чтобы вы воспринимали это как критику, но, похоже, у вас есть избалованная часть личности.

АННЕТ: (*смеется*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как думаете, это на самом деле так? Что существует часть вашей личности, которая чувствует, что вы должны делать все, что хотите?

АННЕТ: (*смеется*). Вы хотите сказать, что я негодница?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Нет, я не сказал, что вы негодница. Я говорю, что существует *часть* вас, которая была избалована...

АННЕТ: (*перебивает*). О да, думаю, в детстве я была избалована.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я не говорю, что это единственная часть вас, потому что также мы будем говорить и о других частях вашей личности. Но это одна из частей вашей личности.

АННЕТ: Да, безусловно.

Обозначив "избалованную" часть личности Аннет как режим, психотерапевт может озвучить гипотезу о ее существовании, оставаясь при этом на стороне пациентки, а не упрекая ее. Эта способность вступать в конфронтацию с пациентом, сохраняя при этом терапевтический союз, является преимуществом нашего подхода к работе с режимами: психотерапевт может противостоять дисфункциональным аспектам режима, не осуждая пациента как личность в целом.

"Суровая Аннет"

В ходе разговора проявляется второй режим, который оказывается более сложным и важным, чем "избалованная Аннет". Этот режим, который психотерапевт называет "суровая Аннет", — вариант режима Отстраненного защитника.

В первом фрагменте беседы психотерапевт продолжает говорить с "избалованной Аннет". В следующем фрагменте психотерапевт пытается получить доступ к Уязвимому ребенку, но путь к нему заблокирован "суровой Аннет".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы отнеслись к необходимости заполнить этот опросник? Это тоже казалось вам пустой тратой времени? Это было скучно?

АННЕТ: Я подумала: "Почему я должна заполнять еще одну анкету?" Я уже заполняла опросники, я уже ответила вам на множество вопросов.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вам не хотелось этого делать?

АННЕТ: Я сделала это, но начать было трудно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, вы заставили себя сделать это, потому что знали, что должны?

АННЕТ: Ну, потому что, знаете, я старалась быть хорошей. Я старалась быть хорошей, потому что Рэйчел [ее первый психотерапевт] хочет, чтобы я такой была.

В следующем фрагменте психотерапевт пытается обсудить привязанность Аннет к ее первому психотерапевту, Рэйчел, используя эту ситуацию как возможность подобраться ближе к режиму Уязвимого ребенка.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, это возвращает нас к моему вопросу: "Ваше стремление быть хорошей отчасти продиктовано желанием угодить Рэйчел?"

АННЕТ: Ну...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: В этом нет ничего плохого, если Рэйчел является одной из причин.

АННЕТ: Я не знаю. Мне нравится Рэйчел, она помогает мне, поэтому я хочу измениться и стать лучше.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы хотите, чтобы она гордилась вами?

АННЕТ: Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Похоже, вы боитесь признать, что привязались к Рэйчел за это время. Вам трудно признать это чувство?

АННЕТ: Я не знаю. Это просто что-то другое.

Психотерапевт идентифицирует "суровую Аннет" — ту часть пациентки, которая не хочет признавать, что нуждается в помощи.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете, вам свойственно жесткое поведение. Я не знаю, как бы вам хотелось его назвать, но вы иногда кажетесь довольно суровой.

АННЕТ: Я *и есть такая*. Это не притворство.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно. Но, с другой стороны, вы выглядите слегка встревоженной.

АННЕТ (*более уязвимо*): Я нервничаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, в основе этих ощущений должна лежать другая часть вашей личности, которая не чувствует себя настолько уж суровой. Поэтому я предполагаю, что ваша резкость — это отчасти способ выглядеть сильной в глазах других людей.

АННЕТ: Я просто привыкла вести себя так. Я всегда так делала.

Психотерапевт обозначает "суровую Аннет" как режим и определяет различия между ним и личностью Аннет в целом. Базовым режимом является "Уязвимый ребенок" — тот, кто "нервничает"[5]. "Суровая Аннет"— это всего лишь "способ выглядеть сильной".

Шаг 2. Исследование источников происхождения и адаптивной ценности режимов

В качестве второго шага при работе с режимами, психотерапевт помогает пациентам понять свои режимы и выражает свое понимание и поддержку. Психотерапевт и пациент вместе исследуют происхождение каждого из режимов и функции, которые они выполняют. Многие режимы имели для пациента определенную адаптивную ценность. Психотерапевт задает вопросы пациенту, чтобы направить его: "Когда вы впервые ощутили это?", "Как вы думаете, почему в детстве у вас возник этот режим?", "Как этот режим сейчас влияет на вашу жизнь?"

Теперь мы возвращаемся к Аннет, чтобы проиллюстрировать этот второй шаг. Обозначив "суровую Аннет" как режим, психотерапевт помогает Аннет исследовать источники происхождения этого режима в ее детстве.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ваши родители тоже были резкими?

АННЕТ: Нет, только мой отец, но с ним мы не очень близки. Но моя мама очень мягкая; у нее нет резкости в поведении.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы думаете, когда у вас развилась эта резкость? Помните ли вы возраст, когда она возникла?

---

[5] Утверждение, что Уязвимый ребенок является базовым режимом личности, — это философское предположение в рамках нашей модели. Мы признаем, что это утверждение не является универсальной истиной.

АННЕТ: Я не знаю. Насколько я помню, я всегда была такой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: С колыбели? (*Смеется.*) Крутая малышка?

АННЕТ: Да, я всегда была резкой (*улыбается*). Я не знаю точно, т.е. не уверена, но, наверное, я всегда хочу защитить свою мать, поэтому я должна выглядеть суровой. Я не хочу, чтобы кто-нибудь доставлял ей неприятности. Наверное, поэтому я такая.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно. Ваш отец доставлял ей неприятности? Может, он плохо обращался с ней?

АННЕТ: Нет, но надо сказать, что они были очень молодыми, когда поженились. Так что... Даже не знаю, они просто разные.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: От чего вы ее защищаете?

АННЕТ: Я не знаю. От всех, я думаю. Она просто такая мягкая... Я не хочу, чтобы кто-то... Она немного наивна, может сделать что-то по доброте душевной, и люди воспользуются этим, а мне это не нравится.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно. Вы защищаете ее от тех, кто использует ее?

АННЕТ: Верно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы думаете, почему вам досталась роль защитника?

АННЕТ: Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может быть, это связано с тем, что вы и ваша мать очень близки? Вы сблизились настолько, что она воспринимает вас не просто как свою подругу. Может быть, она относится к вам так, как будто вы — ее мать? Такое возможно?

АННЕТ: Да. Знаете, мы с Рэйчел тоже говорили о том, что все выглядит так, как будто я *ее* мать, а не наоборот.

"Суровая Аннет" возникла в детстве пациентки при взаимодействии с матерью, которая была слабой и хрупкой, и с отцом, который казался агрессивным и опасным. Аннет стала защитником своей матери. Режим возник как средство подавления ее собственных уязвимых эмоций, чтобы она могла быть сильной для своей матери. "Суровая Аннет" ни с кем не делится своими уязвимыми эмоциями — она всех держит на расстоянии.

Шаг 3. Соотнесение дезадаптивных режимов с текущими проблемами и симптомами

Важно показать пациентам, каким образом их режимы связаны с их нынешними проблемами. Это дает пациентам обоснование необходимости лечения и помогает сформировать мотивацию к изменениям.

Например, если пациент говорит, что обратился за помощью из-за пагубного пристрастия к выпивке, психотерапевт соотносит эту проблему с режимом Отстраненного защитника. Психотерапевт говорит, что пьянство — это одно из средств, с помощью

которых пациент избегает переживания гнева по поводу покинутости, жестокого обращения или депривации, которые он испытывал в детстве. Пациент пьет, чтобы избежать своих негативных переживаний и переключиться на режим Отстраненного защитника. Если психотерапевт или пациент получит доступ к режиму Уязвимого ребенка или Сердитого ребенка, пациент сможет научиться справляться со своими эмоциями и удовлетворять свои потребности. Тогда он будет меньше пить с целью бегства от неприятных эмоций. Его обусловленное схемой пьянство будет ослабевать. (Кроме того, психотерапевт рекомендует пациенту участие в программе анонимных алкоголиков, поскольку многие составляющие алкоголизма не зависят от схемы и должны рассматриваться независимо друг от друга.)

Аннет соотносит режим "избалованной Аннет" с тем, что ей сложно заставить себя выполнять скучные обязанности, а психотерапевт не упускает возможности соотнести этот режим с ее текущими проблемами на работе.

АННЕТ: Ну, знаете, у меня не хватает терпения. Я не хочу делать то, чего мне не хочется.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Угу.

АННЕТ: Скажем, дела на работе и тому подобное. Не знаю, я просто начинаю раздражаться.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, если вам, например, дают скучное задание, в котором вы не заинтересованы, то вы возмущаетесь?

АННЕТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно. И что бы вы сказали себе, чтобы подстегнуть свою злость?

АННЕТ: Наверное, я бы сказала: "Я хочу сбежать отсюда. Я хочу уйти".

Психотерапевт помогает пациентке исследовать режим, соотнося его с проблемами на работе. Психотерапевт начинает диалог, в котором Аннет отводится роль режима "избалованной Аннет", а психотерапевту — роль ее режима Здорового взрослого.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, я попытаюсь сыграть "здоровую" сторону вашей личности. Я хочу, чтобы вы привели наилучшие из возможных доводов в пользу своей избалованной стороны, чтобы я мог услышать, что она скажет. Сначала я выскажусь от имени начальника, который указывает вам, что делать. Я хочу, чтобы вы сказали мне, какие мысли у вас возникают при этом. Хорошо?

АННЕТ: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ (*в роли начальника*): "Ну, Аннет, вы же сами знаете, что должны выполнить эту работу. Это ваша обязанность. Мы вам платим деньги, а вы недостаточно усердно работаете". (*От собственного лица*): Так что у вас на уме? Я хочу, чтобы вы озвучили, что думаете. Скажите мне, что вы думаете.

АННЕТ: Я просто подумала бы: "Почему мне вообще нужно работать? Все это невероятно скучно". Понимаете?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. Теперь я стану другим, "здоровым" голосом, и скажу: "Послушай, таков уж наш мир. Мир устроен так, что если ты хочешь что-то получить, ты должна что-то отдавать. Это называется принципом взаимности. Если ты ждешь, что люди будут тебе что-то отдавать, ты должна тоже быть полезной для них. Так почему ты должна получать одежду, еду, крышу над головой, если ничего не отдаешь миру? Справедливо, что ты должна работать, чтобы внести свой вклад". Приведите наилучшее возможное обоснование, почему это не так.

АННЕТ: Я бы не поняла. Я бы просто сказала: "Почему? Почему это должно так происходить? Почему я должна что-то делать? Я могу получить все, что нужно, от своих родителей".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, но разве ваши родители будут жить вечно? Один из ваших страхов — смерть матери. Кажется, вы говорили об этом.

АННЕТ: Возможно.

Предыдущий диалог помогает Аннет почувствовать режим "избалованной Аннет". Затем психотерапевт подводит итоги тому, что ему кажется основным конфликтом, связанным с режимами "избалованной Аннет" и Здорового взрослого.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Похоже, внутри вас идет настоящая борьба, потому что существует весьма сильная часть вашей личности, которая верит, что вы должны иметь возможность всегда веселиться и делать, что хотите.

АННЕТ: Вот почему мне так скучно в последнее время.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Почему?

АННЕТ (*угрюмо*): Я не могу ни веселиться, ни делать, что захочется. Я должна идти на работу... Раньше я скучала, оставаясь без работы, *очень* скучала. Теперь у меня есть работа, но я ненавижу ее.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, звучит так, будто это было навязано вам кем-то извне, — то, как вы только что сказали: "Я не обязана это делать".

АННЕТ: (*смеется*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это прозвучало так, будто вас кто-то подталкивал, заставлял.

АННЕТ: Интересно, кто это был? (*Смеется и оглядывается на Рэйчел.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это Рэйчел?

АННЕТ: Она подтолкнула меня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно. Чувствуете ли вы, что делаете это, чтобы доставить ей удовольствие, или вам кажется, что поступать так — это правильно?

АННЕТ: Нет, я не знаю, что правильно. Но я подавлена, поэтому должна измениться. Я хочу быть другой. Потому что, если я останусь такой же, я буду продолжать страдать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, здоровая часть вашей личности знает, что если вы пойдете в привычном направлении, вам будет становиться все хуже и хуже, и вы почувствуете себя несчастной. Но более избалованная, якобы наделенная особыми правами часть чувствует, что вам не нужно этого делать. Что это пустая трата времени, и что вы должны всегда иметь возможность веселиться.

АННЕТ: Верно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И эти стороны пребывают в состоянии конфликта. Две ваши стороны борются одна с другой.

АННЕТ: Все время.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Все время. И какая сторона чаще побеждает в последнее время?

АННЕТ: В последнее время я веду себя хорошо. Я исправно хожу на работу и почти не уделяю времени развлечениям. Не то чтобы я совсем лишила себя удовольствий, но я не встречалась ни с кем из моих друзей за это время. Вы знаете, эта сторона вроде как выигрывает в последнее время, но я не могу сказать, что в восторге от этого. Это не слишком весело.

Диалог позволяет пациенту получить доступ к своим мыслям и чувствам — как в режиме "избалованной Аннет", так и в режиме Здорового взрослого, который бросает вызов "избалованной Аннет".

Шаг 4. Демонстрация преимуществ изменения режима или отказа от него

В следующем фрагменте психотерапевт переходит от "суровой Аннет" к "маленькой Аннет". "Маленькая Аннет" — Уязвимый ребенок, центральная фигура при работе с режимами. Психотерапевт должен пробраться сквозь заслоны, выстроенные "суровой Аннет", к "маленькой Аннет". В начале фрагмента психотерапевт говорит о том, как Аннет защищала свою мать от отца, когда ей было семь лет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы обеспечивали свою мать силой, которой у нее самой не было, и с помощью которой она должна была противостоять вашему отцу и всему миру. В этом и заключалась ваша роль.

Но теперь вопрос таков: "Что случилось с «маленькой Аннет»?" Итак, у нас есть суровая, резкая девочка, которой семь лет, и которая защищает свою маму. И у нас есть избалованная часть вашей личности, которая может делать все, что захочет. А как насчет той маленькой девочки, которая хочет, чтобы ее кто-то обнял?

АННЕТ: Она потерялась.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да.

АННЕТ: Ее нигде нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы ее чувствуете?

АННЕТ: Иногда.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Когда вы ее чувствуете? Чувствуете ли вы ее прямо сейчас?

АННЕТ: Немного. Я сейчас несколько уязвима, потому что согласилась прийти сюда.

Психотерапевт направляет беседу в нужное русло, следуя за ее чувством уязвимости.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это действительно сложно — вот так работать над собой в присутствии других людей. Как ощущает себя ваша уязвимая сторона, находясь здесь?

АННЕТ: Я просто чувствую, что с моей семьей все в порядке. Они явно запутались, но они не так уж плохи, понимаете? И они не посещают психотерапевта, в отличие от меня, и поэтому я чувствую себя неудачницей на их фоне. Я совсем запуталась, а они продолжают жить, как будто все в порядке; это не беспокоит их, но это беспокоит меня.

Пациент выражает чувство неполноценности, спровоцированное сложившейся ситуацией. В семье на нее повесили пренебрежительный ярлык "пациента психотерапевта". Никто из остальных членов семьи не стремится пройти курс психотерапии. Психотерапевт объединяет усилия с Уязвимым ребенком, поддерживая его выступление против семьи.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, давайте рассмотрим предположение, что с ними все в порядке. Вы сказали, что вашу маму постоянно используют в собственных целях другие люди. А ваш отец эмоционально закрыт, сдержан, критичен по отношению к окружающим. Ваши родители постоянно ругаются друг с другом, а это *не так уж* хорошо.

АННЕТ: Да, но, похоже, они не впадают в депрессию, как я.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, потому что они все время дают ей выход через гнев; я имею в виду, что они просто обменяли один набор симптомов на другой.

АННЕТ (*злится на себя*): Они просто принимают все это как данность, а я нет. Вот в чем разница.

ПСИХОТЕРАПЕВТ (*пауза*): Вот что *я* думаю: у вас был, вероятно, неправильный путь взросления и роста.

АННЕТ: Вы так думаете?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, а вы считаете, что это не так?

АННЕТ: Ну, мои родители никогда не говорили о своих чувствах... Я уже говорила Рэйчел, что не могу вспомнить ни одного раза, когда моя мама меня обнимала. Мы с родителями даже физически не приближались друг к другу. Я имею в виду, что я даже не подходила к ним близко, потому что для меня это было странным. Но, как я понимаю это сейчас, моя мама сама была ребенком, когда вышла замуж и родила детей. Как ребенок может заботиться о ребенке?

Аннет чередует признание эмоциональной изоляции в детстве с защитой своей матери: она переключается между режимами Уязвимого ребенка, у которого есть естественные потребности, и Отстраненного защитника, отрицающего обоснованность ее потребностей.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, вот в чем проблема. В вашем детстве не было никого, кто бы мог позаботиться о вас. Но виноваты ли вы в том, что о вас некому было позаботиться, или же...

АННЕТ (*перебивает*): Нет, это не моя вина.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, вы стали жертвой родителей, которые не смогли адекватно удовлетворять ваши эмоциональные потребности. Вы росли без привязанности, без сочувствия, без человека, который мог бы вас выслушать и понять. Получается, вы росли в одиночестве, изолированная в своей комнате. Это очень, очень тяжело, потому что на самом деле базовые потребности детей, кроме еды и одежды, состоят в любви и заботе. Таким образом, ваши базовые эмоциональные потребности никогда не удовлетворялись, когда вы были ребенком. Так что неудивительно, что в глубине души вы несчастны. И неудивительно, что вам трудно общаться. Как вам кажется, это верное предположение?

АННЕТ: Да, в этом есть смысл.

Работа с режимами преимущественно заключается в исследовании источников происхождения дезадаптивных копинговых режимов, в получении доступа к Уязвимому ребенку и в последующем его перевоспитании. Поскольку режим Уязвимого ребенка содержит большинство базовых схем, их излечение происходит бо́льшей частью во время работы над этим режимом. Психотерапевт пытается продемонстрировать пациенту преимущества изменения режима или отказа от него, если он препятствует доступу к режиму Уязвимого ребенка.

Работа с воображением часто оказывается наиболее эффективным способом установки связи с Уязвимым ребенком. Психотерапевт просит пациента представить себе образ Уязвимого ребенка; затем психотерапевт входит в этот образ в качестве Здорового взрослого и говорит с Уязвимым ребенком. В режиме Уязвимого ребенка психотерапевт помогает пациентам выразить их неудовлетворенные потребности, в то же время пытаясь их удовлетворить. Это потребности в безопасности, заботе, автономии, самовыражении, реалистичных границах — и они удовлетворяются посредством замещающего родительства. (Мы регулярно используем это упражнение, даже когда формально не проводим работу с режимами).

Психотерапевт просит Аннет создать образ "маленькой Аннет", своего Уязвимого ребенка, но Аннет отказывается. Психотерапевт помогает ей определить источники ее сопротивления: отказывается ли это делать "избалованная Аннет" или "суровая Аннет"? "Избалованная Аннет" не хочет работать над чем-то неприятным; "суровая Аннет" считает, что уязвимость — это проявление слабости, и блокирует болезненные эмоции, чтобы защитить "маленькую Аннет". Психотерапевт использует приемы

работы с режимами, чтобы прорваться сквозь заслоны этих двух дезадаптивных режимов и получить доступ к режиму Уязвимого ребенка.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы отнесетесь к предложению выполнить упражнение по работе с воображением, чтобы добраться до этой вашей детской части?

АННЕТ: Я не могу этого сделать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хотели бы вы попробовать?

АННЕТ: Я не знаю. Мы с Рэйчел часто пытаемся это сделать, но не выходит.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Иногда, даже если не получается выполнить упражнение полностью, мы можем выяснить причину подобных неудач, чтобы позже я мог дать вам некоторые советы, и мы бы сделали так, чтобы все получилось. Так что даже если прямо сейчас у вас ничего не получится, в этом нет проблемы.

Все, что нам нужно сделать сейчас, — это выяснить, что заставляет вас сопротивляться этому упражнению. Нам не обязательно проделывать это именно сегодня. Даже если бы мне просто удалось понять, почему вам трудно работать с воображением, это уже было бы полезно. Разве вы не хотите помочь мне выяснить, почему вам трудно работать с воображением?

АННЕТ: Хочу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, так что вы сейчас чувствуете?

АННЕТ: Я просто не хочу этого делать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Будьте той стороной себя, которая не хочет этого делать, чтобы я мог услышать ее аргументы.

АННЕТ: Я не знаю. Я просто не хочу этого. Мне не нравится делать то, чего мне не хочется делать.

Здесь "избалованная Аннет" сопротивляется работе с воображением, потому что не хочет делать то, что ей не нравится. Психотерапевт начинает беседу с "избалованной Аннет", вступая с ней в эмпатическую конфронтацию.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Сейчас я буду говорить от лица здоровой стороны вашей личности: "Знаешь, я понимаю, что это нелегко для тебя, но иногда даже просто попытки выполнить какую-то сложную работу могут помочь достичь каких-то важных результатов, чего не удастся сделать другим путем". Теперь будьте другой стороной, чтобы я мог услышать ее ответ.

АННЕТ: Я не люблю выполнять сложные задания. Они требуют слишком много усилий.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но все равно, вы бы попробовали?

АННЕТ: Думаю, да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. Мы будем выполнять это упражнение в течение пяти минут, и если оно вам действительно будет ненавистно…

АННЕТ (*перебивает, говорит резко, защищающимся тоном*): Если оно мне будет ненавистно, я скажу вам об этом, будьте уверенны. Что нужно делать?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: На пять минут закройте глаза, а затем, если не сможете продолжать, откроете их, и мы прекратим работу.

АННЕТ (*усмехается*): Я даже просто сидеть спокойно пять минут не могу, а уж тем более с закрытыми глазами.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я думаю, вы говорите это лишь для того, чтобы не выполнять упражнение, потому что вы уже 35 минут сидите почти неподвижно; поэтому, вероятно, сможете спокойно выполнить упражнение, если захотите.

АННЕТ: Я просто не хочу этого делать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, я тоже так думаю. И я думаю, что причина, по которой вы не хотите этого делать, состоит в том, что вы не хотите перейти к той стороне себя, которая страдает от боли, подавлена и одинока. Вы не хотите узнать эту сторону.

АННЕТ: Да, потому что она плохая.

Отказываясь от попыток поработать с воображением, Аннет чередует "особые права" с резкостью — не признавая своего Уязвимого ребенка, который, по ее мнению, является плохой частью ее личности. Чувство, что ее уязвимая сторона плохая, происходит из схемы Дефективности/Стыдливости. Тем не менее, психотерапевт настаивает. В следующем фрагменте беседы Отстраненный защитник оказывается главным препятствием на пути к установлению связи с режимом Уязвимого ребенка. Отстраненный защитник не хочет, чтобы она казалась слабой в глазах других, потому что они могут причинить ей боль.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Такая же плохая, как..?

АННЕТ: Я не знаю, просто плохая. Я и так чувствую себя достаточно плохо, почему я должна захотеть вспоминать об этом?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Потому что это единственный способ выздороветь — узнать, что чувствует эта ваша сторона, и попытаться исцелить ее. Мне кажется, что "суровая Аннет" не позволяет "маленькой Аннет" подпускать кого-то к себе или быть рядом с ней. Это ее роль.

АННЕТ: (*глубоко вздыхает*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Она держит всех на расстоянии. Так что "маленькая Аннет" продолжает чувствовать, что она одинокая и потерянная, что до нее никому нет дела. Если я не смогу помочь "суровой Аннет" ослабить оборону, "маленькая Аннет" не получит той любви, в которой она нуждается. Она будет продолжать страдать от своего одиночества. Таким образом, единственный способ оказать ей помощь — это убедить "суровую Аннет" немного отойти в сторону, чтобы мы смогли найти "маленькую Аннет" и дать ей возможность получить то, в чем она нуждается. Но "суровая Аннет" не хочет смотреть на "маленькую Аннет". Поэтому я хочу, чтобы вы "отпустили" вашу "суровую Аннет", и мы смогли бы выполнить упражнение. И я также думаю, что "суровая Аннет" не хочет выполнять это упражнение, потому что не желает, чтобы я увидел маленькую Аннет.

АННЕТ: А что если "маленькой Аннет" не существует?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тогда у вас не было бы депрессии, и вы были бы такой же, как и остальные члены вашей семьи. Все было бы хорошо. Мы знаем, что должна существовать "маленькая Аннет". Иначе вы не чувствовали бы себя одинокой и подавленной и не пришли бы на психотерапию. Так что "маленькая Аннет" — это та часть вас, которая грустит. "Суровая Аннет" не грустит. "Избалованная Аннет" не грустит. Так что остается только "маленькая Аннет" — именно она чувствует грусть.

АННЕТ: (*глубоко вздыхает*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но вы не хотите взглянуть на нее, даже несмотря на то, что она заключает в себе всю вашу боль. Она несет в себе всю боль, которую вы испытываете.

АННЕТ: Я не то чтобы не хочу смотреть на нее; я просто ее не знаю. Я не знаю, где она.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Сопротивляясь работе с воображением, вы сопротивляетесь знакомству с ней. И я говорю вам, дайте ей выход. Посмотрите, как она выглядит. Не боритесь с ней так усилено. Ничего страшного не случится, если вы взглянете на нее. Я не думаю, что это будет так плохо, как вы представляете. Просто взгляните на нее и выясните, что она чувствует. Мы могли бы попробовать сделать это.

АННЕТ: Полагаю, да.

Шаг 5. Получение доступа к режиму Уязвимого ребенка посредством работы с воображением

Пациентка наконец соглашается попытаться поработать в воображении с образом "маленькой Аннет". Обратите внимание на то, как психотерапевт продолжает подталкивать Аннет к этому решению — не критикуя ее, а продолжая убеждать — посредством эмпатической конфронтации. Психотерапевт продолжает сочувствовать боли, которую испытывает Аннет, встречаясь лицом к лицу со своей уязвимостью, но, тем не менее, продолжает подталкивать ее к этому.

На занятиях и конференциях психотерапевты часто высказывают свое удивление по поводу того, сколь настойчиво мы подталкиваем пациентов к экспериенциальной работе. Они считают, что пациенты слишком хрупки, чтобы справиться с таким давлением, что пациенты будут декомпенсировать или прекратят терапию. Тем не менее мы считаем, что многие психотерапевты преувеличивают хрупкость пациентов и вероятность того, что они прекратят терапию, если их подталкивать к работе с воображением.

Мы, конечно, не будем настаивать на подобном подталкивании в самом начале терапии и на том, чтобы делать это с наиболее хрупкими пациентами — такими как пациенты с ПРЛ, или пациенты, перенесшие серьезные травмы или злоупотребляющие психоактивными веществами. Однако мы рекомендуем применять такой подход в отношении пациентов с более высоким уровнем функционирования в повседневной

жизни, таких как Аннет, у которых в анамнезе нет случаев декомпенсации или признаков вероятного риска декомпенсации. По нашему опыту, у пациентов крайне редко случается декомпенсация, и они крайне редко прекращают терапию из-за того, что их подталкивают к работе с воображением, если психотерапевт тщательно оценил их состояние на ранних этапах работы. Напротив, обычно происходит следующее: склонные к эмоциональному избеганию пациенты знакомятся с более эмоциональными частями своей личности, испытывая при этом чувство глубокого облегчения. После этого они в меньшей степени испытывают ощущение пустоты; они чувствуют себя живыми, менее подавленными. Наконец, они начинают понимать, почему долгое время пребывали в эмоциональном оцепенении. В нашей практике мы многократно убеждались в том, что если пациент действительно не хочет работать с воображением или чувствует, что для него это слишком рискованно, он не станет этого делать, даже если его мягко, но настойчиво подталкивать.

В следующем фрагменте беседы психотерапевт обращается к "маленькой Аннет".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, тогда я попрошу вас закрыть глаза и не открывать их в течение пяти минут.

АННЕТ: (*закрывает глаза*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. Через пять минут, если вы захотите открыть глаза, можете это сделать. Но как минимум в течение пяти минут пытайтесь достучаться до нее. Закройте глаза, и пусть к вам придет образ "маленькой Аннет", самый ранний из тех, которые вы сможете себе представить. Это вы в детстве. Просто скажите мне, что вы видите, хорошо?

АННЕТ: Что именно я должна сказать?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Просто попытайтесь представить себе картинку, как будто вы смотрите на нее — на маленького ребенка. Ей не нужно ничего делать. Просто представьте ее лицо или тело. Просто представьте ее каким-либо образом; представьте фотографию, если вам трудно воссоздать ее полноценный образ.

АННЕТ: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы видите?

АННЕТ: Я вижу девочку в возрасте около пяти лет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Где она сейчас? Можете ли вы видеть, где она находится?

АННЕТ: Она дома.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понятно. Можете ли вы сказать мне, в какой комнате она находится?

АННЕТ: В своей спальне.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Она одна?

АННЕТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы посмотреть на ее выражение лица и сказать мне, как она себя чувствует?

АННЕТ: Я не знаю. Она просто молчит.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы спросить ее, как она себя чувствует, и сообщить мне, что она говорит вам? Я хочу, чтобы вы как взрослая Аннет поговорили с "маленькой Аннет" и спросили ее, как она себя чувствует. И передайте мне ее слова.

АННЕТ: Хм, даже не знаю, она нервничает.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Она чего-то боится?

АННЕТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я понял. Можете ли вы спросить, чего она боится? Она знает?

АННЕТ: Знает.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете сказать мне?

АННЕТ: Ну, она напугана, потому что ее родители много ругаются.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Она беспокоится о своей матери? Она беспокоится, что что-то произойдет?

АННЕТ: Я не знаю. Ее отец очень вспыльчивый.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: У него плохой характер?

АННЕТ: Ну, он не бьет ее или мать или что-то в этом роде, но часто кричит.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И она боится, что отец утратит контроль над собой? Что такого может произойти, что пугает ее?

АННЕТ: Она боится, я не знаю, наверное, что он побьет кого-то или убьет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Она беспокоится, что он может ударить и ее тоже?

АННЕТ: Может быть.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, она прячется в своей комнате, потому что там безопаснее?

АННЕТ: Да.

Психотерапевт косвенно смог поговорить с режимом Уязвимого ребенка (через взрослую Аннет) и выяснить, что она чувствует. Он узнал, что "маленькая Аннет" боится своего отца. Затем психотерапевт просит Аннет привнести образ ее матери в картинку.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы позволить ее матери войти в комнату? А затем скажите мне, что происходит.

АННЕТ: Ее мать расстроена. Она всегда расстроена.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Расстроена в смысле грустная или расстроена в смысле раздраженная?

АННЕТ: Она выглядит напуганной.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И как себя чувствует "маленькая Аннет", видя, что ее мать напугана и расстроена?

АННЕТ: Она тоже напугана.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, они обе боятся?

АННЕТ: Угу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Они обе хотели бы, чтобы кто-то их защитил?

АННЕТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но рядом нет никого достаточно сильного, или теперь "маленькая Аннет" вынуждена вмешаться в ситуацию?

АННЕТ: Я думаю, она так и сделает. Я не уверена, знает ли она, как это сделать. Она маленькая.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я понял. Что происходит в ее голове? Скажите мне, что происходит в ее голове, когда она видит, насколько напугана ее мать.

АННЕТ: Она просто думает, что ее мать расстроена и подавлена.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Она беспокоится о ней?

АННЕТ: Угу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Она хочет сделать что-то, чтобы помочь матери, или она хотела бы, чтобы ей самой кто-то помог?

АННЕТ: Нет, она чувствует, что хочет помочь своей матери.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Чтобы сделать это, она должна быть сильной; она не может позволить себе показать, что напугана. Это так?

АННЕТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, ей придется вести себя сдержанно с матерью, чтобы та не видела, что девочка напугана.

АННЕТ: Да. Знаете, она не хочет, чтобы мама расстраивалась. Она не хочет еще больше огорчать ее.

Как только психотерапевт смог обойти "суровую Аннет", в образе возник режим Уязвимого ребенка. Теперь психотерапевт может работать с базовыми схемами, которые являются частью "маленькой Аннет": ее глубинными чувствами, воспоминаниями, потребностями и убеждениями. Мы обнаруживаем, что в ней есть страх перед гневом отца и желание защитить свою мать. Рядом нет никого сильного, кто мог бы защитить Аннет: ее отец опасен, а мать слаба. Базовыми для Аннет являются схемы Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Самопожертвования и Эмоциональной депривированности.

Шаг 6. Диалоги между режимами, в которых психотерапевт моделирует Здорового взрослого

После того как Уязвимый ребенок и Здоровый взрослый стали действующими персонажами в воображении пациента, психотерапевт вводит другие режимы и проводит между ними диалоги. Психотерапевт помогает режимам общаться и договариваться

между собой. Например, Здоровый взрослый может поговорить с Наказывающим родителем, или Уязвимый ребенок — с Отстраненным защитником. Каждый раз, когда пациентам не удается сделать это самостоятельно, психотерапевт выступает в роли Здорового взрослого (или Хорошего родителя).

Рассмотрим функции Здорового взрослого в диалогах между режимами: 1) поддерживать, подбадривать и защищать Уязвимого ребенка; 2) устанавливать границы для Сердитого ребенка и для Импульсивного/Недисциплинированного ребенка; 3) устранять, обходить или ослаблять дезадаптивные копинговые и дисфункциональные родительские режимы. Все это может быть проделано при работе с воображением, либо психотерапевт может использовать гештальт-технику работы со стульями. Психотерапевт может подготовить по отдельному стулу для каждого режима, и пациент будет пересаживаться со стула на стул во время ролевой игры. Еще раз: психотерапевт играет роль Здорового взрослого, если пациенты сами не в состоянии сделать этого. (Психотерапевт обычно моделирует роль Здорового взрослого в течение нескольких месяцев, прежде чем пациент сам сможет ее играть.)

В следующем фрагменте, который является продолжением предыдущего, психотерапевт помогает пациентке вести диалог между Здоровым взрослым и Уязвимым ребенком. В начале фрагмента пациентка, будучи маленькой девочкой, находится в спальне со своей матерью. Психотерапевт просит Аннет привнести в образ Рэйчел, чтобы именно она поговорила с Уязвимым ребенком, поскольку Рэйчел работала с Аннет на протяжении многих месяцев, и у них сформировалась более прочная связь. Психотерапевт играет роль Рэйчел, хотя Аннет чувствует себя некомфортно, проявляя свою уязвимость.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы сейчас добавить в этот образ Рэйчел?

АННЕТ: Как?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Просто поместите ее в центр этого образа, рядом с вами.

АННЕТ: Когда я маленькая?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, и уберите всех остальных. Устраните “суровую Аннет” и ее мать, чтобы остались только “маленькая Аннет” и Рэйчел. Вы можете представить это?

АННЕТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы сказать Рэйчел то, что сказали своей матери?

АННЕТ (*категорично*): Нет!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Почему?

АННЕТ: Не знаю. Просто не могу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы при этом себя чувствуете? Как будто она будет вас осуждать? Или будет плохо думать о вас, если вы скажете об этом?

АННЕТ: Я не знаю. Она будет думать, что я странная. Я не знаю, не знаю, что она подумает.

Пациентка не может представить, что будет столь уязвимой с Рэйчел. Поскольку возникло препятствие в работе, психотерапевт вмешивается, чтобы помочь. Психотерапевт проявляет эмпатию к чувствам Уязвимого ребенка, озвучивая слова Рэйчел.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Позвольте мне добавить Рэйчел в образ, я буду говорить за нее. Хорошо?

АННЕТ: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ (*в роли Рэйчел*): "Аннет, я понимаю, что ты сейчас чувствуешь себя напуганной из-за того, что ваша семья вынуждена бороться с вспыльчивым темпераментом твоего отца. У тебя есть право на то, чтобы рядом был кто-то сильный, кто будет заботиться о тебе и признавать твою ценность, выслушивать тебя и обнимать тебя. У тебя есть право на это прямо сейчас, и я хотела бы реализовать твое право настолько, насколько смогу, будучи твоим психотерапевтом, потому что, думаю, раньше у тебя не было никого, кто мог бы это сделать. И если бы ты смогла это сделать, тебе бы не пришлось быть такой суровой все это время, потому что ты могла бы позволить кому-то иногда проявлять заботу о тебе". Как себя чувствует маленькая Аннет, когда я говорю это?

АННЕТ: Я не знаю. Она чувствует дискомфорт.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что она чувствует? Можете ли вы выразить словами ее чувства?

АННЕТ: Она задается вопросом "Чем я заслужила все это?"

Психотерапевт озвучивает права Уязвимого ребенка, но пациент не соглашается. Беседа продолжается.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, теперь я снова стану Рэйчел: "Ты заслужила это, потому что ты хорошая девочка. Ты так стараешься всем помогать. Ты очень милая. Ты очень хорошая, и ты так стараешься помогать своим родным и защищать свою мать. Ты заслуживаешь того, чтобы о тебе заботились, чтобы с тобой хорошо обращались, заслуживаешь эмоциональной привязанности. Каждый ребенок заслуживает этого, и особенно хороший ребенок".

АННЕТ: Возможно, я не так уж хороша. Может, я плохая.

ПСИХОТЕРАПЕВТ (*в роли Рэйчел*): "Если бы ты была плохой, ты бы не предпринимала столько усилий, чтобы защитить свою мать. Если бы ты была эгоисткой, то думала бы только о себе. Ты брала бы то, что тебе нужно, не заботясь о других. Но это совсем не так. На самом деле ты жертвуешь собой ради нее, чтобы обеспечить ее безопасность. Это делает тебя очень, очень чувствительным, заботливым ребенком. Так что я не думаю, что ты плохой ребенок. Возможно, у тебя и есть избалованная сторона, которая проявляется, когда ты стремишься заполучить что-то, что можно купить за деньги; но когда дело доходит до эмоций, ты совсем не эгоистична. На самом деле, ты многим жертвуешь ради других. Это тебе недодали эмоциональной поддержки,

а не наоборот. Ты не получала того, чего заслуживаешь. Ты не получала достаточно в эмоциональном плане". Что вы сейчас чувствуете?

АННЕТ: Я смущена. Я не понимаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мое предположение кажется вам правильным?

АННЕТ: Нет.

Психотерапевт задействует ту часть личности Аннет, которая отвергает это предположение.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Станьте той частью себя, которая не верит в это объяснение. Это ваша мать не верит? Или "суровая Аннет" не верит?

АННЕТ: Это "суровая Аннет".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. Будьте "суровой Аннет", которая не верит в мое предположение.

АННЕТ (*в роли* "суровой Аннет"): "Я не вижу смысла в эмоциональной привязанности и в том, чтобы говорить о твоих чувствах. Зачем это вообще нужно?"

Психотерапевт играет роли, которые даются Аннет особенно трудно: режимы Уязвимого ребенка и Здорового взрослого.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я буду маленькой Аннет, а потом здоровой Аннет. (*В роли "маленькой Аннет"*): "Смотри, я просто маленький ребенок, и мне тоже страшно. Ты взрослая, а каждого ребенка нужно обнимать, целовать, слушать и уважать. Это базовые потребности каждого ребенка". (*В роли Здорового взрослого*): "Мы были так воспитаны, и единственная причина, по которой ты не чувствуешь, что заслуживаешь этого, заключается в том, что ты никогда этого не получала. Но нам всем это нужно. И ты стала суровой, потому что не смогла найти способ получить это. Как ты сказала, "я могу быть суровой и делать вид, что мне это не нужно". Но на самом деле ты знаешь, что тебе это нужно не меньше, чем мне. Ты просто боишься признать это из-за страха никогда не получить то, в чем нуждаешься".

АННЕТ (*в роли* "суровой Аннет"): "Это недостаток".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что за недостаток?

АННЕТ (*в роли* "суровой Аннет"): "Быть такой нуждающейся в заботе".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Нет, это нормальная часть человеческой природы. У всех так. Вы когда-нибудь видели маленького ребенка, который бы не хотел, чтобы ему помогали, или которого не нужно было бы поддерживать? Можем ли мы сказать, что каждый ребенок, который хочет, чтобы его взяли на руки, обладает недостатком? Является ли каждый ребенок ущербным из-за своего желания, чтобы ему помогали и чтобы его обнимали?

АННЕТ: Нет. Я думаю, нет.

В следующем фрагменте психотерапевт просит Аннет выразить гнев по отношению к своей матери в ее воображаемом образе. Это нужно для того, чтобы помочь Аннет бороться со схемой Эмоциональной депривированности, отстаивая свои права перед матерью. Мать ведет себя таким образом, который эмоционально депривирует Аннет, — не защищает ее и не оказывает ей эмоциональную заботу, в которой та нуждается.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы сейчас стать "маленькой Аннет" и сказать своей матери, в чем нуждаетесь? Просто скажите это вслух.

АННЕТ: Что нужно "маленькой Аннет"?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да. "Я нуждаюсь в..."

АННЕТ: Я не знаю. Полагаю, я нуждаюсь в объятиях. Я так напугана.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы себя чувствуете, когда произносите это?

АННЕТ: Я не знаю. Не очень хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что именно вы чувствуете?

АННЕТ: Это вызывает у меня беспокойство.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как реагирует ваша мать, когда вы озвучиваете свою потребность в объятиях?

АННЕТ: Если бы я сказала об этом?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, будьте сейчас в ее роли.

АННЕТ (*пренебрежительно*): Она ничего не сказала бы. Она, вероятно, просто посмотрела бы на меня молча.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Расскажите мне, что у нее на уме, когда она на вас так смотрит?

АННЕТ: Она бы подумала: "Зачем ей обниматься? У меня столько разных проблем, — куда больше, чем у нее. Почему ей нужно, чтобы я ее обнимала?"

В воображаемом образе мать отвергает потребности Аннет, сосредоточившись вместо этого на том, что она считает своими собственными, гораздо более важными потребностями. Психотерапевт отмечает, что реакция матери эгоистична.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы сердитесь на свою мать за то, что она так сказала?

АННЕТ (*искренне*): Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Позвольте маленькой Аннет разгневаться на свою мать за то, что она сказала это. (*Долгая пауза.*) Вы могли бы начать с фразы: "Мне всего пять лет".

АННЕТ (*смеется*): Хм, я даже не знаю. "Мне всего пять лет, и мне нужен кто-то, кто будет обо мне заботиться". (*Долгая пауза.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Скажите ей, какая помощь вам нужна. Вам действительно нужны объятия?

АННЕТ: Да. Мне нужны объятия. Мне нужен кто-то, кто скажет мне, как он относится ко мне.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вам нужна похвала?

АННЕТ: Неа, не особенно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Нужен кто-то сильный рядом, чтобы вам не приходилось так волноваться?

АННЕТ: Она просто хочет, чтобы кто-то сказал ей, что она важна для него.

Психотерапевт помогает Аннет выразить словами то, что ей нужно было получить в детстве от ее матери. Детство Аннет научило ее тому, что ей не следует ни о чем просить, что она должна быть жесткой и суровой. Она должна всех защищать. Она не должна ни у кого просить любви и не должна обращаться за помощью. Поэтому неудивительно, что, будучи взрослой, она не обращается к значимым другим с надеждой на то, что они захотят ее утешить или помочь ей.

Шаг 7. Помощь пациенту в генерализации работы с режимами в ситуациях за пределами сеансов психотерапии

Последний шаг — помочь пациентам генерализировать работу с режимами в ситуациях за пределами сеансов психотерапии, т.е. в тех случаях, когда режимы актуализируются в реальной жизни. Что происходит, когда пациент входит в режим Отстраненного защитника или Наказывающего родителя? Как пациент может удерживаться в режиме Здорового взрослого? Психотерапевт рассказывает о своем собственном детстве, чтобы помочь Аннет принять ее уязвимую сторону и научиться выражать ее. Аннет отмечает, что ее Уязвимый ребенок слишком нуждается в заботе.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы считаете, что детская часть вашей личности существенно отличается от той детской части личности, которая есть у меня или у Рэйчел?

АННЕТ: Возможно. Возможно, у вас была привязанность в детстве, и все было по-другому.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: В детстве у меня не было особой эмоциональной привязанности. Вот почему я знаю, как важно получить ее. Я знаю, что значит не иметь привязанности.

АННЕТ (*говорит обвиняющим тоном*): Вы говорите это только для того, чтобы я почувствовала, что я не одна такая.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы мне не верите. Я не говорю ничего с целью манипулировать вами, поверьте. Я говорю вам только о том, что является правдой. У меня этого тоже не было, и я знаю, каково это — не иметь привязанности. Я говорю вам, что все люди в ней нуждаются. Я рос, полагая, что не нуждаюсь в этом. Все, что мне нужно было делать, — хорошо учиться в школе, быть хорошим для окружающих, быть социально приемлемым и делать все правильно. И этого якобы было достаточно для того, чтобы быть счастливым.

Позже Аннет сказала своему первому психотерапевту, Рэйчел, что это была самая важная для нее часть сеанса. Самораскрытие психотерапевта послужило мощной формой замещающего родительства.

Психотерапевт помогает Аннет генерализировать работу с режимами в ситуациях за пределами сеансов психотерапии. Как можно применить на практике то, чему она научилась? Они обсуждают ее любовные отношения и то, почему ей было трудно поддерживать эмоциональную связь с мужчинами. Она была не в состоянии принимать любовь. Как и большинство людей с сильно выраженной эмоционально отстраненной стороной, она испытывала влечение к мужчинам, не проявляющим эмоций. Несмотря на то, что для нее это является дискомфортным, одна из терапевтических целей Аннет — научиться выбирать партнеров, умеют выражать свои эмоции и делиться ими.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, когда кто-то обнимает вас, вы испытываете ощущение неловкости. Возникает ощущение неправильности. Вы должны полностью преодолеть это чувство.

АННЕТ: Как это? Как его преодолеть?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Нужно позволить кому-то обнять вас и постараться не отстраняться, говоря себе: "Это не слишком комфортно, но это именно то, что мне нужно. Это полезно для меня".

АННЕТ: Даже если меня это пугает?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Поначалу пугает, потому что у вас такого никогда не было. По крайней мере, вы не можете вспомнить этого.

АННЕТ: Мне снится в ночных кошмарах, что люди обнимают меня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я не сомневаюсь в этом. И я говорю вам, что если вы преодолеете это, если вы позволите некоторым людям обнимать вас, не будете отстраняться и скажете себе: "Это непривычное ощущение, но я все равно нуждаюсь в этом. Если я буду тренироваться реагировать спокойно, то со временем привыкну. Если я позволю себе привязанность, то буду чувствовать себя лучше", то вы сможете победить ту часть себя, которая чувствует себя неловко в подобной ситуации.

В конечном счете цель состоит в том, чтобы Аннет признала свои неудовлетворенные потребности и попросила соответствующих значимых других удовлетворить их. Таким образом, она сможет установить эмоциональную связь со значимыми для нее людьми и общаться с ними на более глубоком, эмоционально наполненном уровне.

Психотерапевт заканчивает беседу, рассказывая о значении работы с режимами для достижения терапевтических целей Аннет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы испытываете потребность в признании существования "маленькой Аннет" и вере в то, что ее потребности хорошие, а не плохие, и что иметь такие потребности нормально. И вы должны помочь ей высказать их, а не пытаться делать вид, что ей ничего не нужно. Если вы продолжаете притворяться, что у вас нет никаких потребностей, вы не избавитесь от чувства подавленности, одиночества, изоляции.

И это будет означать, что вам придется смириться с некомфортными чувствами, как тогда, когда вы работали с воображением. Но если вы не преодолеете дискомфорт от ощущения эмоциональной близости с людьми, вы не переступите через него, а застрянете на предыдущем этапе. "Некомфортно" — это всего лишь этап. Это этап, который вы успешно пройдете. И после этого вам наконец будет приятно, когда кто-то обнимет вас, прикоснется к вам или выслушает вас.

Цель Аннет состоит в том, чтобы наладить близкие отношения со значимыми людьми, которые способны удовлетворить ее эмоциональные потребности, а затем позволить им сделать это. Если говорить в терминах режимов, ее цели состоят в том, чтобы создать режим Здорового взрослого, который сможет обеспечивать "маленькую Аннет" заботой, поддержкой и защитой; установить границы для "избалованной Аннет"; научиться обходить "суровую Аннет".

ИТОГИ

Режим — это набор схем или проявлений схемы (адаптивных или дезадаптивных), которые в настоящее время активны у конкретного человека. Мы разработали понятие режима в процессе работы с пациентами с выраженными патологиями, такими как пограничное и нарциссическое расстройства личности. Хотя изначально мы использовали работу с режимами для лечения только этой категории пациентов, теперь мы применяем ее и для пациентов с более высоким уровнем функционирования в повседневной жизни. Работа с режимами стала неотъемлемой частью схема-терапии.

Как свидетельствует наш опыт, чем выше уровень функционирования пациента, тем выше вероятность того, что мы будем делать акцент на схемах, и чем более серьезное заболевание у пациента, тем выше вероятность того, что акцент будет сделан на режимы. Мы склонны сочетать эти два подхода в работе с пациентами со средним уровнем функционирования.

Когда кажется, что терапевтический прогресс остановился и что поведение избегания или гиперкомпенсации пациента не может быть преодолено, психотерапевт может перейти от подхода схем к подходу режимов. Подход режимов также может оказаться эффективным в тех случаях, когда пациент склонен к самонаказанию или к излишней самокритичности или когда пациент имеет внутренний конфликт, который кажется неразрешимым, — например, когда две части его личности находятся в оппозиции друг с другом касательно важного жизненного решения. Наконец, мы обычно делаем акцент на режимах, когда работаем с пациентами, которые демонстрируют частую смену настроения, как это нередко случается с пациентами с ПРЛ.

Мы определили четыре основных типа режимов: детские режимы, дезадаптивные копинговые режимы, дисфункциональные родительские режимы и режим Здорового взрослого. Каждый тип режимов связан с определенными схемами (кроме Здорового взрослого и Счастливого ребенка) или воплощает определенные копинговые стратегии.

К детским режимам относятся Уязвимый ребенок, Сердитый ребенок, Импульсивный/Недисциплинированный ребенок, а также Счастливый ребенок. Мы полагаем, что детские режимы являются врожденными. Мы выделили три дезадаптивных копинговых режима: Послушный Капитулянт, Отстраненный защитник и Гиперкомпенсатор. Они соответствуют копинговым стратегиям в виде капитуляции, избегания и гиперкомпенсации. Мы выделили два дисфункциональных родительских режима: Наказывающий родитель и Требовательный родитель. Режим Здорового взрослого — это та часть личности, которая выполняет "руководящую" функцию по сравнению с другими режимами. Формирование режима Здорового взрослого необходимо для эффективного достижения главной цели работы с режимами. Подобно хорошему родителю режим Здорового взрослого выполняет следующие три основные функции: 1) обеспечение Уязвимого ребенка заботой, поддержкой и защитой; 2) установление границ для Сердитого ребенка и Импульсивного/Недисциплинированного ребенка в соответствии с принципами взаимности и самодисциплины; 3) устранение дезадаптивных копинговых и дисфункциональных родительских режимов либо их ослабление. В процессе лечения пациенты интернализируют поведение психотерапевта как часть своего режима Здорового взрослого. Поначалу психотерапевт берет на себя роль Здорового взрослого каждый раз, когда пациент не способен сам это сделать. Постепенно пациент сам берет на себя роль Здорового взрослого.

Мы выделили семь основных шагов при работе с режимами: 1) идентификация и обозначение режимов пациента; 2) исследование источников происхождения и (если это уместно) адаптивного значения режимов в детском или подростковом возрасте; 3) соотнесение дезадаптивных режимов с текущими проблемами и симптомами пациента; 4) демонстрация преимуществ изменения режима или отказа от него, если он препятствует доступу к другому режиму; 5) получение доступа к режиму Уязвимого ребенка посредством работы с воображением; 6) диалоги между режимами, когда психотерапевт поначалу формирует режим Здорового взрослого, а позже пациент самостоятельно ее воспроизводит; 7) помощь пациенту в генерализации работы с режимами в ситуациях за пределами сеансов психотерапии.

В следующей главе мы рассмотрим вопросы применения техник работы с режимами при оценке и лечении пограничного расстройства личности.

Глава 9

СХЕМА-ТЕРАПИЯ ПРИ ПОГРАНИЧНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СХЕМА-ТЕРАПИИ

Ранние дезадаптивные схемы — это воспоминания, эмоции, телесные ощущения и когниции, связанные с деструктивными аспектами детского опыта человека и организованные в паттерны, которые повторяются в течение жизни. Как для пациентов с расстройствами личности, так и для более здоровых пациентов базовые схемы одни и те же: Покинутости/Нестабильности, Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Эмоциональной депривированности, Дефективности/Стыдливости и Покорности. У пациентов с расстройствами личности может иметься *больше* схем, и эти схемы могут быть более *выраженными*, но, как правило, у них не присутствуют *другие* схемы. Не наличие схем отличает пациентов с расстройствами личности от более здоровых пациентов, а крайняя выраженность копинговых стратегий, которые они используют, чтобы справляться с этими схемами, и дисфункциональные режимы функционирования схем, которые проистекают из этих копинговых стратегий.

Как мы уже объясняли, наша концепция режимов сформировалась на основе нашего клинического опыта работы с пациентами с пограничным расстройством личности (ПРЛ). Пытаясь применить концепцию ранних дезадаптивных схем к этим пациентам, мы постоянно сталкивались с двумя проблемами. Во-первых, у пациентов с ПРЛ обычно присутствуют почти все 18 схем (особенно Покинутости/Нестабильности, Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Эмоциональной депривированности, Недостаточности самоконтроля, Покорности и Пунитивности). Работа с таким количеством схем одновременно с применением нашего подхода была бы весьма громоздкой. Нам была необходима более подходящая единица анализа. Во-вторых, в нашей работе с пациентами с ПРЛ мы (как и многие другие практикующие врачи) были поражены склонностью этих пациентов быстро переходить от одного интенсивного эмоционального состояния к другому. В один момент они злятся, а в другой — напуганы,

затем — хрупки, а после — импульсивны. И эти смены настольно поразительны, что создается впечатление общения с совершенно разными людьми. Схемы, которые, по сути, являются чертами, не объясняют этого быстрого переключения состояний. Мы разработали концепцию режимов, позволяющую фиксировать переключение между эмоциональными состояниями у пациентов с ПРЛ.

Пациенты с ПРЛ постоянно переключаются с режима на режим в ответ на жизненные события. Если у более здоровых пациентов обычно меньше режимов, они менее выражены и в каждом из них пациент задерживается на более длительное время, то у пациентов с ПРЛ количество режимов гораздо больше, они более выражены и чаще сменяют друг друга. Более того, когда пациент с ПРЛ переключается на один из своих режимов, другие режимы как будто исчезают. В отличие от более здоровых пациентов, которые могут переживать два или более режимов одновременно, так что один режим снижает интенсивность другого, пациенты с ПРЛ, находясь в одном режиме, практически не имеют доступа к другим. Их режимы почти полностью разделены.

Режимы функционирования схемы у пациентов с ПРЛ

Мы определили пять основных режимов, характеризующих пациентов с ПРЛ.

1. Покинутый ребенок.
2. Сердитый ребенок и Импульсивный ребенок.
3. Наказывающий родитель.
4. Отстраненный защитник.
5. Здоровый взрослый.

Для обзора мы кратко охарактеризуем режимы, а затем опишем более полно каждую из них.

Покинутый ребенок — это страдающий внутренний ребенок. Это та часть пациента, которая чувствует боль и ужас, связанные с большинством схем, включая схемы Покинутости/Нестабильности, Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Эмоциональной депривированности, Дефективности/Стыдливости и Покорности.

Режим *Сердитого и Импульсивного ребенка* преобладает, когда пациент приходит в ярость или ведет себя импульсивно, потому что его базовые эмоциональные потребности не удовлетворяются. Могут быть задействованы те же схемы, что и в режиме Покинутого ребенка, но испытываемая эмоция, как правило, — гнев.

Наказывающий родитель — это режим, основанный на интернализации голоса родителя, его критики и наказаний по отношению к пациенту. Когда этот режим активирован, пациент становится жестоким преследователем, причем чаще всего в роли преследуемого выступает он сам.

В режиме *Отстраненного защитника* пациент отключает все эмоции, обрывает связи с окружающими и функционирует почти как робот.

Режим *Здорового взрослого* является чрезвычайно слабой и неразвитой у большинства пациентов с ПРЛ, особенно в начале лечения. В некотором смысле это представляет собой основную проблему: пациенты с ПРЛ не имеют режима успокаивающего и поддерживающего родителя, который давала бы успокоение и заботу. Это в значительной степени обусловливает их неспособность переносить сепарацию.

Психотерапевт сам формирует для пациента режим Здорового взрослого — до тех пор, пока пациент не интернализирует отношения, эмоции, реакции и поведение психотерапевта как собственный режим Здорового взрослого. Основной терапевтической целью является создание режима Здорового взрослого у пациента, чтобы обеспечить заботой и защитой Покинутого ребенка, обучить Сердитого и Импульсивного ребенка более подходящим способам выражения гнева и удовлетворения потребностей, победить и изгнать Наказывающего родителя и постепенно заменить режим Отстраненного защитника режимом Здорового взрослого.

Самый простой способ распознать режим — обратить внимание на его эмоциональную окраску. Каждый режим сопровождается собственными, характерными только для него эмоциями. Режим Покинутого ребенка характеризуется эмоциями потерявшегося ребенка — грустью, испугом, уязвимостью, беззащитностью. Режим Сердитого и Импульсивного ребенка характеризуется эмоциями разъяренного и неконтролируемого ребенка — криком и агрессией в отношении взрослого, фрустрирующего базовые потребности ребенка, либо импульсивными действиями, направленными на удовлетворение этих потребностей. Тональность режима Наказывающего родителя — резкость, критичность и неумолимость. Отстраненный защитник характеризуется сглаженными, слабо выраженными эмоциями. Наконец, режим Здорового взрослого отличается эмоциями сильного и любящего родителя. Психотерапевт обычно может различать режимы, слушая тон голоса пациента и наблюдая за тем, как тот говорит. Схема-терапевт умеет в любой момент времени определять режимы пациента и реагировать на них соответствующим образом, используя стратегии, разработанные специально для этого режима.

Теперь мы опишем более подробно каждый из этих режимов: его функцию, признаки и симптомы, а также общую стратегию психотерапевта по оказанию помощи пациентам с ПРЛ, когда они находятся в этой режиме.

Режим Покинутого ребенка

В главе 8 мы познакомились с режимом Уязвимого ребенка. Как мы уже отмечали, мы считаем, что этот режим врожденный и универсальный. Покинутый ребенок — это версия режима Уязвимого ребенка, который характерен для пациентов с ПРЛ; в данном случае бросается в глаза акцент пациента на оставлении. В режиме Покинутого ребенка пациенты выглядят хрупкими и инфантильными. Они кажутся печальными, напуганными, нелюбимыми, потерянными. Они чувствуют себя беспомощными и совершенно одинокими, одержимыми поиском родительской фигуры, которая позаботилась бы о них. В этом режиме пациенты кажутся маленькими детьми, невинными и зависимыми. Они идеализируют того, кто о них заботится, и фантазируют о том, как он их спасает. Они предпринимают отчаянные попытки, чтобы не дать лицам, осуществляющим уход за ними, отказаться от них, и порой представления пациентов о своей покинутости приобретают масштабы бреда.

Возраст, в котором обычно функционирует Уязвимый ребенок пациента, многое объясняет насчет его когнитивных стилей. У более здоровых пациентов присутствует режим Уязвимого ребенка, возраст которого — старше четырех лет, тогда как у пациентов с ПРЛ присутствуют режимы менее зрелого Уязвимого ребенка (его возраст

обычно меньше трех лет). В режиме Покинутого ребенка пациентам с ПРЛ обычно не хватает объектного постоянства. Они не могут представить себе успокаивающий образ родителя, если его нет рядом. Покинутый ребенок живет в вечном настоящем, без четких представлений о прошлом и будущем, что усиливает у пациента ощущение срочности и импульсивность. То, что происходит сейчас, — это все, что есть, было или будет. Режим Покинутого ребенка, как правило, находится на доречевой стадии развития и выражает эмоции посредством действий, а не слов. Эмоции не имеют модуляции и выражаются непосредственно.

У пациентов с ПРЛ могут функционировать четыре отдельных режима в разных возрастах. Например, Отстраненный защитник часто является взрослым, тогда как режимы Уязвимого ребенка и Сердитого ребенка более детские. Пациент часто приписывает своему Наказывающему родителю силы и знания, которые маленькие дети приписывают своим родителям.

Покинутый ребенок несет в себе базовые схемы пациента. Психотерапевт утешает ребенка, подавленного схемами, предоставляя ему частичное "противоядие" путем замещающего родительства в терапевтических отношениях. Когда пациенты с ПРЛ находятся в режиме Покинутого ребенка, общая терапевтическая стратегия состоит в том, чтобы помочь им определить, принять и удовлетворить их базовые потребности в надежной привязанности, любви, сочувствии, подлинном самовыражении и спонтанности.

Режим Сердитого и Импульсивного ребенка

Это режим, с которым у специалистов по психическому здоровью чаще всего ассоциируются пациенты с ПРЛ, хотя в практике работы с "обычными" пациентами именно этот режим встречается реже всего. Большинство пациентов с ПРЛ, которые наблюдаются в амбулаторных условиях, большую часть своего времени проводят в режиме Отстраненного защитника — это их режим "по умолчанию". Часто они переключаются на режимы Наказывающего родителя или Покинутого ребенка. Гораздо реже, когда они не могут больше сдерживаться, переключаются на режим Сердитого ребенка, выпуская на волю подавляемую прежде ярость и действуя импульсивно, чтобы удовлетворить свои потребности.

Режимы Отстраненного защитника и Наказывающего родителя подавляют большинство потребностей и чувств пациента, эффективно блокируя потребности и чувства, проявляющиеся в режиме Покинутого ребенка. Через некоторое время эти потребности и чувства накапливаются, и пациент испытывает растущее чувство внутреннего давления. Пациент может сказать что-то вроде "Я чувствую, как что-то накапливается внутри меня". (При этом у пациента могут начать возникать тревожные мысли о надвигающихся стихийных бедствиях, таких как цунами или шторм.) Давление нарастает, происходит какое-то событие, которое служит "последней каплей" (возможно, проблематичный момент во взаимодействии с психотерапевтом или с партнером), и пациент переключается в режим Сердитого ребенка, внезапно ощущая гнев.

В этом режиме пациенты выражают свой гнев неподходящими способами. Они могут казаться разъяренными, требовательными, обесценивающими, контролирующими или оскорбляющими. Они действуют импульсивно, чтобы удовлетворить свои

потребности, могут показаться манипулирующими или безрассудными. Они могут совершать попытки суицида и угрожать самоубийством. Пациентка может, например, утверждать, что собирается убить себя или нанести себе порезы, если человек не сделает то, что она хочет. (Одна пациентка, реагируя на чувство покинутости, захлестнувшее ее в конце сеанса, переключилась в режим Сердитого ребенка и вышла из кабинета со словами "Я иду в ванну резать себе вены".) В режиме Сердитого ребенка пациенты могут предъявлять требования, которые выглядят как претензии на особые права или просто неуместные капризы, отталкивающие окружающих. Однако их требования на самом деле не направлены на обеспечение себе особых прав, а скорее являются отчаянной попыткой удовлетворить их базовые эмоциональные потребности.

Когда пациенты находятся в этом режиме, общая терапевтическая стратегия состоит в том, чтобы установить границы и научить их более подходящим способам борьбы с гневом и удовлетворению собственных потребностей.

Режим Наказывающего родителя

Функция этого режима — наказывать пациента за то, что он совершил что-то "неподобающее", например, выразил свои потребности или чувства. Этот режим представляет собой интернализацию гнева, ненависти и злости родителя или подчинение пациента родителю в детстве. Признаки и симптомы включают в себя отвращение к самому себе, самокритику, самоотречение, нанесение себе увечий, суицидальные фантазии и саморазрушительное поведение. Пациенты в этом режиме становятся собственными палачами, собственным отвергающим родителем. Они злятся на себя за то, что имеют нормальные потребности или проявляют их, поскольку в детстве родители не позволяли им делать это. Они наказывают себя, например наносят себе порезы или голодают, пренебрежительно о себе высказываются, называют себя "злыми", "плохими" или "грязными".

Когда пациенты находятся в этом режиме, общая терапевтическая стратегия должна состоять в том, чтобы помочь им отвергнуть послания Наказывающих родителей и повысить самооценку. Психотерапевт поддерживает потребности и права Покинутого ребенка и пытается свергнуть и вытеснить Наказывающего родителя.

Режим Отстраненного защитника

За исключением тяжелых случаев, пациенты с ПРЛ обычно проводят бóльшую часть времени в режиме Отстраненного защитника. Функция этого режима состоит в том, чтобы отсечь эмоциональные потребности, "отключиться" от окружающих и вести себя покорно с целью избежать наказания.

Пациент с ПРЛ в режиме Отстраненного защитника на первый взгляд часто выглядит нормальным. Такие люди — всегда "хорошие пациенты". Они делают все, что должны, и действуют надлежащим образом. Они вовремя приходят на сеансы, вовремя оплачивают услуги психотерапевта и выполняют домашние задания. Они не теряют контроль над своими действиями или эмоциями. Проблема в том, что, находясь в этом режиме, пациенты отсечены от своих потребностей и чувств. Вместо того чтобы быть верными самим себе, они формируют свою идентичность, исходя из одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта. Они делают то, чего хочет от них

психотерапевт, но на самом деле они не устанавливают с ним искреннюю связь. Иногда психотерапевты проводят целые сеансы с пациентом, не осознавая, что он почти все время находится в режиме Отстраненного защитника. У пациента не наблюдается существенного прогресса, он просто приходит на назначенные сеансы.

Признаки и симптомы режима Отстраненного защитника включают в себя деперсонализацию, ощущение пустоты, скуку, злоупотребление психоактивными веществами, переедание, самоповреждение, психосоматические жалобы, монотонное существование. Пациенты часто переключаются в режим Отстраненного защитника, когда во время сеансов пробуждаются их чувства. Таким образом, они отсекают свои переживания. Когда пациенты находятся в режиме Отстраненного защитника, общая терапевтическая стратегия состоит в том, чтобы помочь им испытывать эмоции в чистом виде, не блокируя их, устанавливать связи с людьми и выражать свои потребности.

Важно понимать, что один режим может активировать другой. Например, пациент может выразить потребности, находясь в режиме Покинутого ребенка, а затем переключиться на режим Наказывающего родителя, чтобы наказать себя за выражение потребностей, после чего перейти к режиму Отстраненного защитника, чтобы избежать боли и наказания. Пациенты с ПРЛ часто оказываются в ловушке подобного порочного круга, когда один режим запускает другой в самовоспроизводящемся цикле.

Если упорядочить режимы с точки зрения психологического здоровья пациентов с ПРЛ, то Здоровый взрослый и Уязвимый ребенок — это наиболее здоровые режимы. Ниже по шкале здоровья следуют Сердитый ребенок, испытывающий подлинные эмоции и желания; еще ниже — Отстраненный защитник, который контролирует поведение пациента; замыкает список Наказывающий родитель — режим, не имеющий никаких положительных функций. Наказывающий родитель — наиболее разрушительный для пациента режим с точки зрения долгосрочной перспективы.

Предполагаемые источники происхождения пограничного расстройства личности

Биологические факторы

По нашим наблюдениям большинство пациентов с ПРЛ имеют эмоционально интенсивный и лабильный тип характера. Гипотетически, такой тип характера может являться биологической предпосылкой к развитию данного расстройства.

Три четверти пациентов с диагнозом ПРЛ — женщины (*Gunderson, Zanarini, & Kisiel, 1991*). Частично такая пропорция может быть обусловлена, опять-таки, особенностями характера: возможно, среди женщин чаще встречаются лабильные характеры с высокой интенсивностью эмоций. Тем не менее эта диспропорция также может являться результатом действия факторов окружающей среды. Девочки чаще подвергаются сексуальному насилию, что часто встречается в историях детства у пациентов с ПРЛ (*Herman, Perry, & van de Kolk, 1989*). Девочки чаще подчиняются и подавляют гнев. Также возможно, что мужчины с ПРЛ являются недиагностированной группой, поскольку у них расстройство проявляется иначе. Мужчины, как правило, имеют более агрессивный характер и чаще склонны доминировать. Следовательно, с большей

вероятностью у них будут диагностированы нарциссическое или антисоциальное расстройство личности (*Gabbard, 1994*), даже когда представленные режимы и схемы у мужчин и женщин одинаковы.

Факторы окружающей среды

Мы определили четыре фактора семейной среды, которые, по нашему мнению, взаимодействуют с этой гипотетической биологической предрасположенностью, ведущей к развитию ПРЛ.

1. *Семейная среда небезопасна или нестабильна*. Ощущение отсутствия безопасности почти всегда возникает вследствие жестокого обращения или оставления. Большинство пациентов с ПРЛ переживали физическое, сексуальное или вербальное насилие в детстве. Если не было фактического оскорбления пациента, то обычно существовала угроза стать жертвой резкой вспышки гнева или насилия; или пациент, возможно, наблюдал насилие над другим членом семьи. Кроме того, ребенка часто оставляли. Ребенка могли оставлять в одиночестве на длительное время без заботящегося о нем взрослого, или же с ним оставался взрослый, который был склонен к жестокому поведению (например, один родитель может жестоко обращаться с ребенком, в то время как другой отрицает факт насилия и позволяет ему происходить). Возможно также, что основной человек, заботящийся о ребенке, ненадежен или непоследователен, — например, в случае родителя, у которого бывают резкие перепады настроения или который злоупотребляет психоактивными веществами. Вместо безопасности и привязанности к родителю ребенок часто чувствует себя напуганным, воспринимает ситуацию как нестабильную.
2. *Семейная среда эмоционально депривирует*. Ранние объектные отношения довольно бедны. Участие родителей — физическое тепло, сочувствие, эмоциональная близость и поддержка, наставление и защита — обычно отсутствуют или представлено в недостаточной степени. Один родитель или оба (но особенно основной родитель, заботящийся о ребенке) могут быть эмоционально недоступными и предоставлять лишь минимальную эмпатию. На эмоциональном уровне пациент чувствует себя одиноким.
3. *Семейная среда жестоко наказывает и отвергает*. В принимающих, прощающих и любящих семьях, где не отвергают и не наказывают жестоко за ошибки, дети не превращаются в пациентов с ПРЛ. Чаще всего пациенты с ПРЛ вырастают в семьях, которые критически относятся к детям, отвергают их, жестоко наказывают за ошибки и не прощают. У них чрезвычайно выражена схема Пунитивности: будучи детьми, эти пациенты чувствовали себя недостойными, злыми, плохими и грязными — вместо того чтобы понимать, что они нормальные дети, которые иногда плохо себя ведут.
4. *Семейная среда подавляет*. Семейная среда подавляет потребности и чувства ребенка. В таких семьях обычно существуют негласные правила о том, что ребенку позволено, а что не позволено говорить или чувствовать. Ребенок получает послание: “Не показывай, что ты чувствуешь. Не плачь, когда тебе больно.

Не сердись, когда кто-то плохо обращается с тобой. Не проси о том, чего тебе хочется. Не будь уязвимым или искренним. Просто будь таким, каким тебя хотят видеть". Эпизоды выражения ребенком эмоциональной боли, особенно грусти и гнева, часто приводят родителей в ярость, и они наказывают ребенка или оставляют его.

Диагностические критерии DSM-IV для ПРЛ и режимы функционирования схем

В табл. 9.1 приведены диагностические критерии DSM-IV для ПРЛ и соответствующие им режимы функционирования схемы. Мы включили сюда четыре режима: Покинутый ребенок, Сердитый ребенок, Наказывающий родитель и Отстраненный защитник.

ТАБЛИЦА 9.1. Диагностические критерии DSM-IV для пограничного расстройства личности и соответствующие им режимы функционирования схемы

Диагностический критерий DSM-IV	*Соответствующий режим функционирования схемы*
1. Склонность прилагать чрезмерные усилия с целью избежать реальной или воображаемой участи быть покинутым	Режим Покинутого ребенка
2. Склонность вовлекаться в интенсивные, напряженные и нестабильные взаимоотношения, характеризующиеся чередованием крайностей — идеализации и обесценивания	Все режимы. (Такая внезапная смена режимов создает нестабильность и эмоциональную интенсивность. Например, покинутый ребенок идеализирует тех, кто заботится о нем, а Сердитый ребенок обесценивает и упрекает их)
3. Расстройство идентичности: заметная и стойкая неустойчивость образа или чувства собственной идентичности	А. Режим Отстраненного защитника. (Поскольку такие пациенты должны угождать другим и не позволять себе быть собой, они не могут развить надежную идентичность) Б. Постоянное переключение с одного неинтегрированного режима на другой, каждый из которых обладает своим представлением о собственной идентичности, что также приводит к неустойчивости чувства собственного "Я"
4. Импульсивность, проявляющаяся как минимум в двух сферах, которые предполагают причинение себе вреда (например, чрезмерная трата денег, беспорядочные сексуальные связи, злоупотребление алкоголем или наркотиками, нарушение правил дорожного движения, систематическое переедание)	А. Режимы Сердитого и Импульсивного ребенка (стремление выразить гнев или удовлетворить потребности) Б. Режим Отстраненного защитника (стремление к самоуспокоению и достижению нечувствительности)

Окончание табл. 9.1

5. Рецидивирующее суицидальное поведение, намеки или угрозы самоубийства, акты самоповреждения.	Все четыре режима
6. Аффективная неустойчивость, очень переменчивое настроение (например, периоды интенсивной дисфории, раздражительности или тревоги, обычно продолжающиеся несколько часов и лишь изредка несколько дней и дольше)	А. Предположительно лабильный и эмоционально интенсивный врожденный темперамент Б. Внезапные переключения между режимами, каждый из которых сопровождается собственными эмоциями
7. Постоянно испытываемое чувство опустошенности	Режим Отстраненного защитника. (Подавляет свои эмоции и разрывает связи с окружающими, что приводит к ощущению внутренней пустоты)
8. Неадекватные проявления сильного гнева или трудности, связанные с необходимостью контролировать чувство гнева (например, частые случаи проявления раздражительности, постоянный гнев, повторяющиеся драки)	Режим Сердитого ребенка
9. Преходящие, вызываемые стрессом параноидные идеи или ярко выраженные диссоциативные симптомы	Любой из четырех режимов (когда эмоция становится невыносимой и подавляющей)

Когда пациент с ПРЛ выражает суицидальные или парасуицидальные наклонности, психотерапевт должен распознать, какой режим сейчас активен. Это побуждение исходит из режима Наказывающего родителя и предназначено для наказания пациента? Или это побуждение, исходящее из режима Покинутого ребенка, — как желание покончить с болью невыносимого одиночества? Или оно исходит из режима Отстраненного защитника — чтобы отвлечься от эмоциональной боли через физическую боль и преодолеть свое эмоциональное онемение, испытав хоть какие-то чувства? Или из режима Сердитого ребенка, желающего кому-то отомстить или кого-то обидеть? В каждом из режимов у пациента имеются разные причины, которые могут провоцировать его желание осуществить суицидальную попытку, и психотерапевт обращается к суицидальному побуждению в соответствии с конкретным режимом, которая его порождает.

Пример из практики

Актуальная проблема

Кейт — 27-летняя пациентка с ПРЛ. Следующие фрагменты взяты из беседы, которую д-р Янг провел с ней в рамках консультации. (Пациентка недавно начала работать с другим схема-терапевтом.)

Кейт впервые обратилась к психотерапевту, когда ей было 17 лет. Следующий фрагмент иллюстрирует характерную неопределенность ее актуальной проблемы в то время:

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что именно изначально побудило вас обратиться к психотерапевту?

КЕЙТ: Это было около 10 лет назад. Я была очень, очень несчастна. Я была в депрессии и растерянности, очень злая, мне было трудно функционировать — вставать по утрам, разговаривать с людьми и просто ходить по улице. Я была очень расстроенная, злая и грустная.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: В это время происходило что-то, что могло вызвать такую реакцию?

КЕЙТ: Нет, просто много разных мелочей накопилось.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Помните ли вы, что именно накапливалось?

КЕЙТ: Да просто проблемы дома. Проблемы с собой и своей идентичностью. Я не подходила ни под какие стандарты. Просто негативные чувства, без конкретики.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но ничего плохого не произошло, никто не умер, никто не бросил вас?

КЕЙТ: Нет.

Ощущение диффузии идентичности, о котором сообщает Кейт, связано с ее режимом Отстраненного защитника: пациенты с ПРЛ чувствуют недоумение по поводу того, кем они являются, находясь в этом режиме. Пациенты с ПРЛ в этом режиме не знают, что чувствуют. Они почти полностью сосредоточены на том, чтобы соответствовать требованиям окружающих, чтобы избежать оставления или наказания, и блокируют свои желания и эмоции. Поскольку они не следуют своим склонностям, они не могут развить собственную идентичность. Скорее они чувствуют себя опустошенными, оставленными, озадаченными, непонимающими, скучающими.

Характерно, что у Кейт присутствовал целый ряд расстройств оси I, включая депрессию, булимию и злоупотребление психоактивными веществами.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Есть ли у вас другие симптомы?

КЕЙТ: Да, я чувствую себя совершенно бесполезным человеком, не целостной личностью, да я даже и не знаю, что такое быть целостной личностью. Я просто знаю, что не считаю себя равной другим людям.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы когда-нибудь делали что-то, чтобы наказать себя?

КЕЙТ: Да, делала.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что именно вы делали?

КЕЙТ: Ну, я часто наносила себе порезы. Я болела булимией около девяти лет. И разные другие саморазрушительные вещи.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Бывают ли у вас сейчас порывы сделать что-то такое?

КЕЙТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы больше не делали ничего такого?

КЕЙТ: Уже давно не делала. Иногда я немного выпиваю, но я не принимала наркотики уже несколько месяцев.

История развития заболевания

Текущий курс психотерапии Кейт начала два года назад, когда была госпитализирована после суицидальной попытки. В следующем фрагменте психотерапевт просит Кейт описать череду событий, которые привели к госпитализации.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что происходило в то время?

КЕЙТ: У меня была передозировка лекарственным препаратом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что это было за лекарство?

КЕЙТ: Клонопин.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы сделали это преднамеренно?

КЕЙТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы помните, почему вы тогда приняли лекарство? Что-то случилось тогда?

КЕЙТ: Да, я тогда была замужем. Все было хорошо, я была счастлива, но он влюбился в другую девушку. И хотел, чтобы я ушла из его жизни. Он сказал, что встретил другую и хочет, чтобы я съехала из нашего дома, чтобы меня больше не было рядом с ним. Сначала, когда это только произошло, я думаю, у меня случился шок, потом я просто впала в депрессию и больше не хотела жить.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы помните, какое чувство вызвало у вас такую депрессию?

КЕЙТ (*очень эмоционально*): Я просто почувствовала, что я бесполезна, что он наконец понял это, и что ему и без меня хорошо, а я просто *никто*.

Сказанное Кейт показывает, что ее суицидальная попытка проистекает из режима Покинутого ребенка, который испытывал невыносимую боль вследствие схем Покинутости/Нестабильности и Дефективности/Стыдливости. Оставление значимым другим является триггером для этого режима.

История детства

В детстве Кейт можно отметить все четыре предрасполагающих фактора окружающей среды, которые мы упоминали ранее: ее семейная среда была опасной, эмоционально депривирующей, наказывающей и подчиняющей ее чувства требованиям родителей.

Следующий фрагмент (продолжение предыдущего) иллюстрирует Эмоциональную депривированность Кейт в детстве. У нее не было никого, кто заботился бы о ней, сопереживал ей, защищал или наставлял ее.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете ли вы, с чего начались эти чувства, ощущения того, что вы ни на что не годитесь, что вы бесполезны?

КЕЙТ: Я всегда это испытывала, они просто всегда присутствовали в нашей семье. Я просто не чувствовала, что я имею значение, что я чем-то ценна или важна для своих близких.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как они давали вам понять, что вы не важны, что в вас нет толку?

КЕЙТ: О, они просто никогда не слушали меня, никогда не признавали меня. Я могла делать все, что хотела и когда хотела.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, у вас была полная свобода?

КЕЙТ: Верно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но никто не обращал на вас внимания?

КЕЙТ: Верно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, вас игнорировали?

КЕЙТ: Именно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как будто никто не заботился о вас в достаточной степени…

КЕЙТ (*заканчивая предложение*): …чтобы сказать мне что-то, дисциплинировать или направить, что-нибудь в этом роде.

Окружающая среда Кейт в ее детстве также была небезопасной. У ее старшего брата был диагностирован синдром дефицита внимания, и он часто подвергал ее физическому и сексуальному насилию. Никто из родителей не защищал ее. Они были эмоционально отдалены, и родители обвиняли Кейт в плохом поведении брата.

КЕЙТ: Ну, мой брат был гиперактивным. Я полагаю, что мои родители должны были постоянно следить за ним, а еще они боялись его. Он не принимал лекарства, поэтому часто терял контроль над собой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Все внимание родителей доставалось вашему брату из-за его болезни?

КЕЙТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И для вас ничего не оставалось?

КЕЙТ: Да, по большей части. Я думаю, что мой отец жил в своем собственном мире. Он не так уж часто бывал дома. Он всегда был очень подавленным. Он всегда был таким, и я сейчас думаю, что происходящее в нашей семье было чересчур для него.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, именно таким был ваш отец? Живущим в своем собственном мире?

КЕЙТ: Да. Все это время.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, вы чувствовали себя одинокой?

КЕЙТ: Да.

Окружающая среда Кейт в детстве также была наказывающей и отвергающей. Ее мать особенно часто критиковала девочку и не переносила проявлений ее эмоций.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А как насчет вашей матери?

КЕЙТ: Мы с ней не ладили. Я была очень несчастна, и это раздражало ее. Так что между нами было много напряжения. Она не понимала того, что у меня просто такой темперамент, что я не могу постоянно быть в хорошем настроении. Она не могла понять, почему. Она решила, что со мной что-то не так, и не знала, что со мной делать. Я ей не очень-то нравилась.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Она отвергала или критиковала вас?

КЕЙТ: Да, она очень критиковала меня, особенно когда я стала старше. Мы всегда ругались. Она сказала мне, что я ей не нравлюсь, что я безнадежна, что я невыносимо ничтожна. (*Плачет.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы себя чувствовали, когда она так с вами разговаривала?

КЕЙТ: О, я просто верила в это, потому что это было правдой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Какова была суть ее слов? Как вы чувствуете, в чем заключалась ее основная критика?

КЕЙТ: Что я была постоянно несчастна, что я вредничала, а еще то, что я была стервозной.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И вы чувствовали, что она права?

КЕЙТ: Да.

Детская среда Кейт была также подавляющей. Несмотря на то, что она испытывала явное пренебрежение и жестокое обращение со стороны родителей, ей не позволяли грустить или злиться из-за того, что с ней происходило. Такое проявление эмоций приводило в ярость ее родителей и провоцировало брата на жестокое обращение с ней.

Один из способов, с помощью которых Кейт старается подавлять свои чувства, — переключаться в режим Наказывающего родителя, когда она злится.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ваша разгневанная сторона, та часть, которая чувствует, что с ней плохо обращались, что рядом не было нужных людей, — вы когда-нибудь чувствовали эту сторону?

КЕЙТ: Да. Я чувствую это, но потом приходит ощущение, что я заслужила это, что люди имели право так ко мне относиться. А потом я злюсь на себя за эти мысли, но… (*Пауза.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Бывает ли такое, что вы становитесь карающим родителем и наказываете маленького ребенка за то, что он разозлился? Это похоже на то, что вы делаете? Как вы сами говорите: "Ты плохая, да кто ты такая, чтобы думать, что у тебя есть какие-то права?"

КЕЙТ: Да. Это мешает мне отстаивать свои интересы и заботиться о себе, я просто не чувствую, что имею на это право. И я не думаю, что кто-то имеет право хотеть заботиться обо мне, потому что я не заслуживаю этого.

Четыре режима пациентов с пограничным расстройством личности

В процессе беседы Кейт переживает все четыре режима. Далее мы приводим примеры каждой из них.

Режим Отстраненного защитника

Кейт начинает беседу в режиме Отстраненного защитника. В этом фрагменте, который относится к началу беседы, Кейт сдерживает себя, чтобы не заплакать. Когда психотерапевт комментирует это, Кейт отвечает из режима Отстраненного защитника.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вам хочется плакать?

КЕЙТ: Да, но я не собираюсь этого делать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Почему вы боитесь здесь плакать? Вы смущены?

КЕЙТ: Да. Я знаю, что просто должна быть собой, но это мне очень трудно дается.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы упомянули, что ваша мать критиковала вас за то, что вы несчастны. Есть ли у вас ощущение, что вы покажете себя с плохой стороны? Это одна из причин?

КЕЙТ: Да, просто я хочу быть такой, какой вы хотите, чтобы я была. Я не хочу плакать здесь перед вами.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А как вы чувствуете, какой я хочу, чтобы вы были?

КЕЙТ: Я не знаю. Наверное, умной и определившейся.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Без лишних эмоций?

КЕЙТ: Да. Помогающей вам в достижении ваших целей (*смеется*), хотя я вас плохо знаю. Просто помогающей, облегчающей вам жизнь. Делающей так, чтобы вы чувствовали себя комфортно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, все ваше внимание сосредоточено на том, чтобы делать то, что я хочу от вас, и быть той, кем я хочу вас видеть.

КЕЙТ: Да. Потому что я не знаю, кто я. Я думаю, что я просто ничтожество, вот что я думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, поскольку вы чувствуете себя ничтожеством, наилучший способ преодолеть это — быть той, кем вас хотят видеть окружающие. Что это вам дает? Почему вы хотите так делать?

КЕЙТ: Это как бы уводит меня от самой себя, я начинаю подражать людям и как бы меняюсь, я могу быть кем угодно, кем захочу. Но я обнаружила, что это заставляет меня чувствовать себя только хуже, еще более опустошенной.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы имеете в виду ваше желание быть той, кем вас хотят видеть другие?

КЕЙТ: Да. Потому что я не знаю, чего ожидаю. Я не знаю, чего хочу. Я не знаю, что для меня важно. Я не знаю. Мне 27 лет, а я понятия не имею…

Кейт выражает ощущение неразвитой идентичности, характерной для режима Отстраненного защитника. Отрезанная от своих потребностей и эмоций, она не знает, кто она. Она та, кем хотят ее видеть окружающие.

Кейт обсуждает опыт предыдущего курса психотерапии, в котором она почти все время находилась в режиме Отстраненного защитника.

КЕЙТ: Я помню своего первого психотерапевта. Я ходила к нему около пяти лет, и он помог мне с некоторыми аспектами. Но я была слишком занята попытками угодить ему. Я действительно хотела ему понравиться, и я так боялась, что он осудит меня. Я просто хотела, чтобы он принял меня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Иными словами, в некотором смысле вы сделали с ним то, что и с другими людьми в своей жизни, а именно не делились своими настоящими чувствами и не показывали, кем вы на самом деле являетесь?

КЕЙТ: Да.

Этот фрагмент иллюстрирует, насколько для психотерапевта важно отличать режим Отстраненного защитника от режима Здорового взрослого. Многие психотерапевты, подобно тому, которого описала Кейт, ошибочно полагают, что состояние пациента улучшается, и что он становится более здоровым, тогда как фактически пациент переключился в режим Отстраненного защитника.

Пациенты в режиме Здорового взрослого могут испытывать и выражать свои потребности и чувства. В режиме Отстраненного защитника они разъединены со своими потребностями и чувствами. Они могут вести себя адекватно, но это происходит без каких-либо эмоций и без учета собственных потребностей. Пациенты с ПРЛ не могут вступать в по-настоящему близкие отношения, когда находятся в режиме Отстраненного защитника. Они могут участвовать в таких отношениях, как Кейт со своим предыдущим психотерапевтом, но их поведение крайне далеко от близости и уязвимости. Они находятся рядом с собеседником физически, но эмоционально отдалены.

Режим Покинутого ребенка

Кейт описывает, как за месяц до суицидальной попытки она переключалась между режимами Отстраненного защитника и покинутого ребенка: "Я пыталась отвлечь себя, занять себя чем-то, но потом я просто не могла больше этого делать. Я просто израсходовала все свои ресурсы". Она не смогла спрятаться от своих чувств опустошенности и бесполезности.

КЕЙТ: Прямо перед тем как я проглотила таблетки, я пошла к мужу на работу. Я и раньше ходила туда, и это раздражало его. В тот раз он просто сказал: "Хватит уже, между нами все кончено". Тогда я почувствовала себя такой одинокой, более одинокой, чем когда-либо до этого. И я просто сказала себе, что я лучше умру, чем буду жить с этим чувством. И что я лучше умру, чем буду продолжать чувствовать эту боль, что я больше не могу выносить эту боль. Я понимала, что не знаю, что произойдет дальше, но я приняла много таблеток и подумала, что вероятно, путь к смерти, выбранный мной,

будет болезненным. Но я решила, что зато все это останется *позади*, что я не буду каждый день жить с этой болью. *Каждый день*. Я больше не могла выносить этого.

Пациентам с ПРЛ иногда хочется успокоить себя мыслью о том, что они могут покончить жизнь самоубийством, если боль станет невыносимой, и что они получат облегчение от своих страданий. Психотерапевту не нужно отнимать у пациента эту привычку успокаивать себя, пусть и таким странным образом. Пациент может думать и говорить о самоубийстве столько, сколько ему нужно. Но он должен пообещать связаться со своим психотерапевтом и подробно обсудить свои чувства, прежде чем совершать суицидальную попытку.

Режим Сердитого ребенка

Большинство пациентов с ПРЛ не могут свободно обсуждать или вспоминать свой режим Сердитого ребенка. Поэтому мы часто используем методы визуализации, чтобы получить доступ к нему. Психотерапевт просит Кейт создать образ своего Сердитого ребенка.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вас бы напугало, если бы я попросил вас представить себе детский образ разгневанной Кейт и сказать, как она выглядит?

КЕЙТ: Нет, у меня есть этот образ.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А как выглядит разгневанная Кейт?

КЕЙТ: Она просто крушит все в своей комнате.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А почему она это делает?

КЕЙТ: Потому что она просто вне себя от ярости. Она злится на всех.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы представить себе образы людей, на которых она злится?

КЕЙТ: На отца и брата.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы стать ею сейчас и позволить ей вслух выразить свой гнев на них, когда они стоят рядом? Чтобы она сказала им, почему так на них злится?

КЕЙТ: Нет.

Этот режим Наказывающего родителя не дает Кейт выразить свой гнев. Она переключается в этот режим, чтобы запретить себе проявлять гнев или наказать Сердитого ребенка за выражение гнева.

Режим Наказывающего родителя

Этот режим содержит “идентификацию” пациентки с наказывающими аспектами ее родителей, которые теперь интернализированы и направлены на себя. В следующем фрагменте д-р Янг помогает Кейт соотнести голос режима Наказывающего родителя с голосом отца. Этот фрагмент является продолжением предыдущего.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы думаете, почему вам трудно выразить свой гнев?

КЕЙТ: Потому что я не имею права это делать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы представить, что кто-то вам об этом говорит? Кто бы это сказал? Ваш отец или брат?

КЕЙТ: Мой отец (*плачет*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тогда будьте теперь своим отцом, и пусть он скажет вам, что вы не имеете права злиться. Скажите это вслух, чтобы я мог услышать его слова.

КЕЙТ: Он говорит: “Ты всегда провоцируешь своего брата и злишь его. Ты же знаешь, что он болен, но злишь его. Я просто хочу, чтобы ты сидела в своей комнате *тихо*”.

Кейт не имеет права выражать свой гнев. В следующем фрагменте, находясь в режиме Наказывающего родителя, Кейт говорит: “Я просто плохая, злая, грязная”. Это главное послание этого режима.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Подход к лечению

Некоторые специалисты по психическому здоровью склонны рассматривать пациентов с ПРЛ в негативном ключе и говорить о них в уничижительной форме. Этих пациентов нередко считают манипулирующими, эгоистичными людьми. Такое отношение к пациентам с ПРЛ препятствует их эффективному лечению. Как только психотерапевт начинает воспринимать пациента в негативном ключе, он начинает воплощать в себе один из дисфункциональных режимов пациента. Часто психотерапевт становится Наказывающим родителем, озлобленным на пациента, критикующим и отвергающим. Излишне говорить, что это оказывает разрушительное воздействие на пациента. Вместо того чтобы выстроить режим Здорового взрослого и излечить его Покинутого ребенка, психотерапевт еще больше усиливает у пациента режим Наказывающего родителя.

Работа с пациентами с ПРЛ представляет собой бурный и интенсивный процесс. Часто срабатывают собственные схемы психотерапевта. Далее в этой главе мы обсудим, каким образом психотерапевты могут работать со своими схемами при лечении пациентов с ПРЛ.

Пациент с ПРЛ как уязвимый ребенок

На наш взгляд, наиболее конструктивно воспринимать пациентов с ПРЛ как уязвимых детей. Они могут выглядеть, как взрослые, но психологически они покинутые дети, которые ищут своих родителей. Они ведут себя ненадлежащим образом, потому

что отчаялись, а не потому, что эгоистичны: они *needy, not greedy* ("нуждающиеся, но не жадные" — англ.). Они делают то, что делают все маленькие дети, когда у них никого нет, кто бы мог заботиться о них или обеспечивать безопасность. Большинство пациентов с ПРЛ в детстве были одинокими и подвергались плохому обращению. Не было никого, кто бы их утешал или защищал. Зачастую им не к кому было обратиться, кроме тех людей, которые причиняли им боль. У них нет здорового взрослого, которого они могли бы интернализировать, и во взрослой жизни им не хватает ресурсов для поддержания себя; когда они остаются одни, то паникуют.

Когда психотерапевты запутываются при лечении пациентов с ПРЛ, иногда бывает полезным выполнить мысленное наложение образа маленького ребенка на пациента. Это может помочь психотерапевту лучше понять его и осознать свои дальнейшие действия. Эта стратегия, по-видимому, противодействует негативным реакциям на поведение пациента, напоминая психотерапевту, что даже разгневанный, отстраненный или наказывающий пациент остается покинутым ребенком.

Уравновешивание прав психотерапевта и прав пациента с ПРЛ

Пациентам с ПРЛ почти всегда нужно больше, чем может предоставить психотерапевт. Это не означает, что психотерапевт должен обязательно предоставлять этим пациентам все, что им нужно. Напротив, у психотерапевта тоже есть права. Психотерапевты имеют право вести приватную жизнь, имеют право на уважение и установление границ, когда пациенты нарушают эти права. Однако это не означает, что психотерапевты должны реагировать со злостью, когда пациенты нарушают их права. Пациенты с ПРЛ нарушают права психотерапевта не потому, что хотят его мучить, а потому что пребывают в отчаянии.

Терапевтические отношения устанавливаются между двумя людьми, оба из которых имеют свои законные права и потребности. Пациент с ПРЛ имеет права и потребности маленького ребенка и поэтому нуждается в родителе. Поскольку психотерапевт может предоставить пациенту лишь замещающее родительство, неизбежно будет существовать разрыв между тем, чего хочет пациент, и тем, что может дать психотерапевт, и в этом никто не виноват. Дело не в том, что пациент с пограничным расстройством хочет слишком многого, а психотерапевт мало дает ему; сеанс психотерапии — не идеальная ситуация для получения родительской заботы. Таким образом, в терапевтических отношениях наверняка произойдет конфликт. Этот неизбежный конфликт обусловлен тем фактом, что у пациента с ПРЛ всегда будет больше потребностей, чем может удовлетворить психотерапевт. Пациент, как можно предположить, будет разочаровываться в психотерапевте. Таким образом, пациенты с ПРЛ склонны рассматривать профессиональные границы как холодность, безразличие, несправедливость, эгоизм и даже жестокость.

В какой-то момент терапии у многих пациентов с ПРЛ возникают фантазии, что они будут жить с психотерапевтом — возможно, психотерапевт усыновит их, женится на них или переедет к ним. Обычно эта фантазия не имеет сексуального подтекста. Скорее, пациент хочет обрести родителя, который всегда будет в пределах досягаемости.

Пациенты с ПРЛ ищут родителя практически в каждом человеке, которого встречают, и в каждом психотерапевте. Они хотят, чтобы их психотерапевт заменял им родителя. Как только психотерапевт пытается стать кем-то другим, а не родителем, пациенты часто переходят в другие режимы — Сердитого ребенка, Отстраненного защитника — или уходят. Мы считаем, что психотерапевт должен в некоторой степени взять на себя роль родителя. Это наша задача как психотерапевтов — уравновесить права пациента и его потребности с нашими собственными, найти способ стать для пациента на некоторое время замещающей родительской фигурой, при этом сохраняя неприкосновенность своей частной жизни и не становясь жертвой выгорания.

Замещающее родительство для пациента с ПРЛ

Можно провести некоторые параллели между терапевтическим прогрессом пациента и развитием ребенка. Пациент психологически растет в процессе курса психотерапии. Пациент начинает работу, будучи в роли младенца или очень маленького ребенка, и под влиянием психотерапевта постепенно становится Здоровым взрослым. Это причина, по которой эффективное лечение пациента с ПРЛ не может быть быстрым. Для всестороннего лечения этого расстройства требуется относительно длительный период (не менее двух лет, а часто дольше). Многие пациенты с ПРЛ остаются в терапии неопределенно долго. Несмотря на то, что их состояние значительно улучшается, они продолжают посещать терапию, если обстоятельства позволяют им это делать. Большинство пациентов могут прекратить работу только после того, как они установили стабильные, здоровые отношения с партнером. Даже когда пациент прекращает терапию, психотерапевт, вероятно, остается в роли родителя, и есть большая вероятность, что когда-нибудь пациент снова выйдет с ним на связь.

Психотерапевты часто разочаровываются при лечении пациентов с ПРЛ. Как мы уже отмечали, независимо от того, сколько отдает психотерапевт, он все равно не удовлетворяет потребности пациента. Если пациент становится требовательным или враждебным, существует риск, что психотерапевт может ответить ему тем же или эмоционально отстраниться, закрепляя, таким образом, порочный круг, который потенциально может разрушить терапию. Как уже отмечалось, когда психотерапевты настолько разочаровываются, мы предлагаем им восстановить эмпатию, попытавшись разглядеть под взрослой оболочкой пациента его покинутого ребенка.

Чтобы быть эффективными, терапевтические отношения должны характеризоваться взаимным уважением и искренностью. Чтобы терапия была действенной, психотерапевт должен действительно заботиться о пациенте, иначе последний почувствует это и начнет вести себя импульсивно или же вовсе прекратит терапию. Психотерапевт должен быть искренним человеком, а не актером, играющим роль психотерапевта. Пациенты с ПРЛ зачастую обладают развитой интуицией и сразу обнаруживают любую фальшь со стороны психотерапевта.

Общие терапевтические цели

Режимы

С точки зрения подхода режимов общая терапевтическая цель состоит в том, чтобы помочь пациенту *освоить режим Здорового взрослого, сформированную психотерапевтом*, чтобы:

1) проявлять эмпатию по отношению к Покинутому ребенку и защищать его;
2) помогать Покинутому ребенку давать и получать любовь;
3) бороться против Наказывающего родителя и устранять его;
4) устанавливать границы для Сердитого и Импульсивного ребенка, помогать пациентам в этом режиме правильно выражать свои потребности и эмоции;
5) подкреплять режим Здорового взрослого и постепенно заменять Отстраненного защитника Здоровым взрослым.

Отслеживание режимов. В этом заключается суть лечения: психотерапевт отслеживает режимы пациента, меняющиеся во время сеанса, выборочно применяя стратегии, которые соответствуют каждому из режимов. Например, если пациент находится в режиме Наказывающего родителя, психотерапевт использует стратегии, разработанные специально для Наказывающего родителя; если пациент находится в режиме Отстраненного защитника, психотерапевт использует стратегии, разработанные специально для Отстраненного защитника. (Ниже мы обсуждаем стратегии для каждого из режимов.) Психотерапевт учится распознавать режимы и адекватно реагировать на каждую из них. Отслеживая и модулируя режимы пациента, психотерапевт выступает в роли "хорошего родителя". Пациент постепенно учится воспринимать замещающее родительство психотерапевта и интернализирует его как собственный режим Здорового взрослого.

Обзор курса лечения

Чтобы дать читателям представление о схема-терапии для пациента с ПРЛ, мы кратко опишем весь терапевтический курс в целом. В этом разделе мы представляем составляющие терапии примерно в том порядке, в котором их проходит пациент. В следующем разделе мы представим более подробное описание терапевтических шагов.

Отражая особенности раннего развития ребенка, терапия делится на три основные стадии: 1) установление связи и управление эмоциями; 2) изменение режимов; 3) автономность.

Стадия 1. Установление связи и управление эмоциями

Психотерапевт устанавливает связь с пациентом, обходит Отстраненного защитника и становится надежной, заботливой опорой. Первый шаг для психотерапевта и пациента — сформировать надежную эмоциональную привязанность. Психотерапевт предоставляет Покинутому ребенку новый опыт, обеспечивая безопасность и эмоциональную поддержку. Психотерапевт начинает с того, что расспрашивает пациента о его нынешних чувствах и проблемах. Психотерапевт рекомендует пациенту

оставаться в режиме Покинутого ребенка так долго, как только тот сможет. Одна из причин этого заключается в том, что удержание пациента в режиме Покинутого ребенка помогает психотерапевту развить сочувствие и тепло по отношению к пациенту, установить связь с ним. Позже, когда начинают появляться другие режимы, и пациент становится разгневанным или наказывающим, у психотерапевта будет достаточно терпения, чтобы вынести это. Удержание пациента в режиме Покинутого ребенка также помогает пациенту установить связь с психотерапевтом. Эта связь удерживает пациента от преждевременного прекращения терапии и дает психотерапевту возможность противостоять другим, более проблемным режимам пациента.

Чтобы установить связь с Покинутым ребенком, психотерапевт должен сначала обойти Отстраненного защитника. Это может быть сложной задачей, потому что, как правило, Отстраненный защитник никому не верит. В Нидерландах было проведено пилотное исследование результатов терапии, в котором сравнивалась эффективность схема-терапии и психоаналитической терапии при амбулаторном лечении пациентов с ПРЛ. По данным этого исследования, большинство схема-терапевтов обнаружили, что первый год лечения, как правило, посвящен преодолению режиму Отстраненного защитника, чтобы они могли получить доступ к Покинутому ребенку.

Психотерапевт поощряет выражение потребностей и эмоций на сеансах. Немногословная, рефлексивная терапевтическая позиция, как правило, не подходит для пациентов с ПРЛ. Эти пациенты часто интерпретируют молчание как отсутствие заботы или как отказ в поддержке. Для создания эффективного терапевтического союза психотерапевта и пациента благоприятным будет более активное участие психотерапевта. Психотерапевт задает открытые вопросы, которые побуждают пациентов выражать свои потребности и эмоции. Например, психотерапевт может спросить: "Есть ли у вас другие мысли по этому поводу?", "Что вы чувствуете, когда говорите об этом?", "Что вы хотели сделать, когда это произошло?", "Что вы хотели сказать?" Психотерапевт обеспечивает пациента пониманием и валидацией его чувств. Когда пациент начинает устанавливать связь с психотерапевтом, психотерапевт прилагает особые усилия, чтобы побудить его выразить свой гнев. Психотерапевт старается не критиковать пациента за выражение гнева (в разумных пределах). Цель психотерапевта — создать среду, которая будет частичным "противоядием" от того, что пациент усвоил в детстве, — среду безопасную, защищающую, прощающую и поощряющую к самовыражению.

Как в приведенном выше примере Кейт, пациент будет непроизвольно сдерживать свои потребности и чувства, думая, что психотерапевт просто хочет видеть его "милым" и вежливым. Однако это не то, чего хочет психотерапевт. Психотерапевт хочет, чтобы пациент оставался собой, чтобы говорил о своих чувствах и потребностях, — и психотерапевт пытается убедить в этом пациента. Это послание, которого пациент, вероятно, никогда не получал от родителей. Таким образом, схема-терапевт пытается разорвать цикл подчинения и отстраненности, в который попал пациент.

Когда психотерапевт побуждает пациента выражать эмоции и потребности, они, как правило, возникают из режима Покинутого ребенка. Поддержка пациента в режиме Покинутого ребенка и забота о нем стабилизируют жизнь пациента. Пациент реже переключается между режимами, а сами режимы становятся не столь выраженными. Если пациент может выразить свои потребности и эмоции в режиме Покинутого

ребенка, ему уже не нужно переключаться в режим Сердитого и Импульсивного ребенка, чтобы их выразить. Ему не нужно будет переключаться в режим Отстраненного защитника, чтобы отсечь свои чувства. И ему не нужно будет переключаться в режим Наказывающего родителя, потому что, принимая пациента таким, какой он есть, психотерапевт заменяет режим Наказывающего родителя родительской фигурой, допускающей самовыражение. Тем самым психотерапевт побуждает пациента выражать его потребности и чувства, таким образом предоставляя пациенту новый опыт, и пациент постепенно избавляется от дисфункциональных режимов.

Психотерапевт обучает пациентов копинговым техникам, позволяющим управлять своим настроением и смягчить дистресс, вызываемый покинутостью. Психотерапевт обучает пациентов копинговым техникам, чтобы предвосхищать возникновение болезненных эмоций и как можно раньше справляться с ними. Чем более тяжелы симптомы пациента (особенно суицидальное и парасуицидальное поведение), тем скорее психотерапевт вводит эти техники в работу. Многие навыки, раскрытые Маршей Линехан (*Linehan, 1993*) в рамках диалектической поведенческой терапии (ДПТ), такие как навыки осознанности и стрессоустойчивости, могут помочь ослабить такое саморазрушительное поведение.

Тем не менее, мы обнаружили, что большинство пациентов с ПРЛ не могут принимать когнитивно-поведенческие методы и извлекать из них пользу, пока они не начнут доверять психотерапевту и стабильности связей с ним в рамках замещающего родительства. Если психотерапевт внедряет эти методы слишком рано, они, как правило, оказываются неэффективными. На ранних терапевтических этапах пациент сосредоточивает основное внимание на связи с психотерапевтом — на том, чтобы убедиться, что связь поддерживается, — и именно это упускается из виду в большинстве когнитивно-поведенческих методов. Хотя некоторые пациенты с ПРЛ способны применять подобные техники уже на первой стадии терапии, многие другие отвергают их вследствие кажущейся холодности и механичности. Всякий раз, когда психотерапевт вводит те или иные копинговые техники, такие пациенты чувствуют себя эмоционально покинутыми и говорят что-то вроде: "Вы не заботитесь обо мне. Вы не рассматриваете меня как настоящего человека". По мере того как пациенты начинают все более и более доверять безопасности и стабильности терапевтических отношений, возрастает их способность объединять усилия с психотерапевтом для достижения терапевтических целей.

Существует еще одна опасность преждевременного введения когнитивных техник: пациент может неправильно их применять, чем усилит режим Отстраненного защитника. Многие когнитивные техники могут стать хорошими стратегиями для отсечения эмоций. При обучении пациента таким техникам психотерапевт рискует, что будет поддерживать режим Отстраненного защитника. Поскольку главной терапевтической целью является выявление и излечение всех дисфункциональных режимов, в случае, если психотерапевт обучает пациента техникам, подавляющим другие режимы — Покинутого ребенка, Сердитого и Импульсивного ребенка, Наказывающего родителя, — эта цель подрывается.

Придя к выводу, что пациент готов осваивать когнитивные техники, мы обычно начинаем с техник самоконтроля и самоуспокоения. Они могут включать в себя образы

безопасного места, самогипноз, релаксацию, отслеживание автоматических мыслей, копинг-карточки и переходные объекты — в зависимости от того, что больше нравится пациенту. Психотерапевт также информирует пациента о схемах и начинает их оспаривать, используя когнитивные техники, которые мы описали в главе 3. Пациент читает книгу "Прочь из замкнутого круга", что является частью его просвещения в области психологии. Психотерапевт с помощью копинговых техник стремится ослабить чрезмерные реакции, обусловленные схемой, и повысить самооценку пациента.

Психотерапевт и пациент устанавливают границы в отношении доступности психотерапевта, исходя из серьезности симптоматики и личных прав психотерапевта. Установление границ является важной частью первой стадии терапии. Установление границ основывается прежде всего на соображениях безопасности — психотерапевт должен делать все необходимое, чтобы обеспечить безопасность пациента и окружающих. Как только психотерапевт обеспечил безопасность, границы основываются на уравновешивании потребностей пациента с личными правами психотерапевта. Основной принцип заключается в том, что психотерапевт не должен соглашаться на то, о чем он может сожалеть в дальнейшем.

Например, если пациент хочет оставлять психотерапевту каждый вечер сообщение на автоответчике и психотерапевт чувствует, что это не приведет со временем к возмущению с его стороны, то он может согласиться. Но если психотерапевт полагает, что в конечном итоге эти ежедневные сообщения вызовут раздражение по отношению к пациенту, то психотерапевту лучше не соглашаться. Поскольку источником обид выступают вопросы личного характера, конкретные границы будут варьироваться в отношениях с разными психотерапевтами.

Психотерапевт помогает справиться с кризисами и устанавливает границы в отношении саморазрушительного поведения. Кризисы обычно включают в себя саморазрушительное поведение, такое как суицидальность, самоповреждения, употребление психоактивных веществ. Психотерапевт перевоспитывает и обучает пациента, устанавливает границы, использует дополнительные ресурсы. Психотерапевт также помогает пациенту применять навыки управления эмоциями, обсуждавшиеся ранее, при возникновении кризисов.

Психотерапевт является основным ресурсом для "пограничного" пациента в кризисных ситуациях. Большинство кризисов случается, потому что пациент чувствует себя бесполезным, ущербным, нелюбимым, обиженным или покинутым. Способность психотерапевта признавать эти чувства и сочувственно реагировать на них — это то, что позволяет пациенту преодолеть кризис. В конце концов, пациент убеждается, что психотерапевт действительно заботится о нем и уважает его, в отличие от Наказывающего родителя, и это помогает ему прекратить саморазрушительное поведение. Пока пациент не понимает, действительно ли о нем заботится психотерапевт, он будет продолжать вести себя саморазрушительным образом в ответ на стрессовые жизненные ситуации.

В качестве вспомогательных средств, психотерапевт может использовать предлагаемые обществом ресурсы, чтобы помочь пациенту. Например, это программы "12 шагов", группы поддержки жертв инцеста, горячие линии для суицидентов и т.п.

Психотерапевт приступает к экспериенциальной работе над детскими переживаниями пациента. По мере терапевтического прогресса и стабилизации состояния пациента, психотерапевт приступает к работе над образами, основанными на нетравматических аспектах ранних детских переживаний пациента. (Позже психотерапевт раскрывает травматические воспоминания и сосредоточивается на них.) Основными экспериенциальными техниками является работа с воображением и работа с диалогами. Психотерапевт инструктирует пациента, как создавать образы, исходящие из каждого режима, называть их и проводить между ними диалоги. Каждый режим становится воображаемым персонажем, и пациент озвучивает их диалоги друг с другом. Моделируя здорового взрослого, психотерапевт помогает другим режимам эффективно выражать свои потребности и чувства, договариваясь друг с другом.

Стадия 2. Изменение режимов

Психотерапевт моделирует режим Здорового взрослого, осуществляя замещающее родительство для пациента. Здоровый взрослый принимает меры, чтобы успокоить и защитить Покинутого ребенка, установить границы для Сердитого и Импульсивного ребенка, заменить собой Отстраненного защитника и устранить Наказывающего родителя. Пациент постепенно интернализирует режим Здорового взрослого, что и составляет суть схема-терапии. В упоминавшемся выше пилотном исследовании после стадии установления связи схема-терапевты посвящали большую часть второго года лечения борьбе с режимом Наказывающего родителя, которая весьма устойчива к изменениям. Как только режим Наказывающего родителя существенно ослабевал, изменения обычно происходили довольно быстро.

Стадия 3. Автономность

Психотерапевт консультирует пациента по поводу выбора подходящего партнера и помогает генерализировать полученные результаты для ситуаций за пределами терапии. По мере того как они переходят на третью стадию, психотерапевт и пациент интенсивно сосредоточиваются на близких отношениях пациента вне терапии. Если пациент начинает лечение на пике деструктивных отношений, психотерапевт на первой стадии предоставляет советы о способах их изменения или прекращения. Тем не менее, мы неоднократно отмечали, что до тех пор, пока не сформируется надежная привязанность к психотерапевту, пациент, как правило, не в состоянии "отпустить" разрушительные отношения и выносить чувство покинутости.

Как только пациент устанавливает связь с психотерапевтом, и психотерапевт становится для него надежной опорой, а работа с режимами восстанавливает чувство собственного достоинства и возможность управлять своим настроением, пациент часто "отпускает" деструктивные отношения и начинает формировать здоровые. Психотерапевт помогает пациенту научиться выбирать подходящих партнеров и вести себя более конструктивно в отношениях. Пациент учится соответствующим образом выражать эмоции, вести себя гибко и высказывать свои потребности.

Психотерапевт помогает пациенту раскрыть его естественные склонности и следовать им в повседневных ситуациях и при принятии важных жизненных решений.

По мере того как состояние пациента стабилизируется (и он проводит меньше времени в режимах Отстраненного защитника, Сердитого и Импульсивного ребенка, Наказывающего родителя), он постепенно становится более способным сосредоточиться на самореализации. Психотерапевт помогает пациенту определить жизненные цели и способы их достижения. Пациент учится обнаруживать свои естественные склонности и следовать им в сферах выбора профессии, внешнего вида, субкультуры и досуга.

Психотерапевт постепенно отлучает пациента от терапии, снижая частоту проведения сеансов. В каждом конкретном случае психотерапевт и пациент совместно решают вопросы завершения лечения. Психотерапевт позволяет пациенту стать инициатором завершения терапии и установить темпы этого процесса. Психотерапевт допускает такой объем независимости, с которым пациент может справиться самостоятельно, однако всегда готов предоставить надежную опору, к которой пациент может прибегнуть в случае необходимости.

Подробное описание лечения

Теперь мы представляем более подробное описание нашего лечения пациентов с ПРЛ, уделяя внимание стратегиям работы с каждым из режимов.

Начало работы: содействие установлению связи для замещающего родительства

Как мы уже отмечали, первая и основная цель психотерапевта состоит в том, чтобы содействовать установлению связи для замещающего родительства пациента. Психотерапевт и пациент обсуждают текущие проблемы пациента, и психотерапевт стремится обеспечить ему безопасность, стабильность, эмпатию и принятие. Психотерапевт просит пациента описать его предыдущий терапевтический опыт и указать те качества, которые он желает видеть в психотерапевте. Психотерапевт внимательно выслушивает пациента и пытается создать открытую, принимающую атмосферу.

Психотерапевт может укреплять связь с пациентами разными способами. Один из них — с помощью тона голоса. Вместо того чтобы говорить холодно, используя клинические термины, психотерапевт говорит тепло и сочувственно. Психотерапевт может укрепить связь, искренне проявляя свои эмоции во взаимодействии с пациентом. Вместо того чтобы играть роль эмоционально отстраненного профессионала, психотерапевт остается живым человеком, который отвечает спонтанно, делится собственными эмоциональными реакциями и готов к самораскрытию (когда это полезно для пациента). Психотерапевты могут укреплять связь, прямо обращаясь к пациенту, высказывая свою готовность выслушать его, предлагая свое понимание и поддержку его чувств. По сути, именно забота о пациенте позволяет психотерапевту поддерживать связь с ним.

Психотерапевт призывает пациента свободно высказывать свои потребности и чувства по отношению к психотерапевту. Психотерапевт прям, честен и искренен в общении и призывает пациента быть таким же.

Психотерапевт в общих чертах обрисовывает терапевтические цели

Психотерапевт излагает терапевтические цели в персонифицированной манере, делая такие заявления: "Я хочу предоставить вам безопасное убежище в терапии"; "Я хочу быть рядом с вами, чтобы вы не чувствовали себя одинокой", "Я хочу помочь вам лучше понять свои потребности и чувства", "Я хочу помочь вам установить свое чувство идентичности", "Я хочу помочь вам отказаться от наказания себя", "Я хочу помочь вам более конструктивно справляться со своими эмоциями", "Я хочу помочь вам улучшить отношения вне терапии".

Психотерапевт адаптирует формулировку целей под каждого конкретного пациента, основываясь на том, что пациент говорил до этого. Психотерапевт объясняет, каким образом терапия будет решать проблемы пациента, и устанавливает терапевтические цели. Если пациент устанавливает цель, которая противоречит задачам терапии (например, оставаться в разрушительных отношениях), психотерапевт не соглашается с ней, но откладывает акцентирование внимания на ее несоответствии целям терапии до тех пор, пока связь между ним и пациентом не станет прочнее. В конце концов, психотерапевт обсуждает с пациентом его цель и посредством направляемого исследования помогает пациенту понять, почему эта цель носит саморазрушительный характер.

Психотерапевт и пациент исследуют историю жизни пациента

Психотерапевт расспрашивает о жизни пациента, уделяя особое внимание его раннему детскому опыту в родительской семье и взаимодействию со сверстниками. Проводя неформальную беседу, психотерапевт собирает данные. Психотерапевт оценивает, присутствовали ли четыре фактора предрасположенности, определенных ранее в этой главе, в среде раннего детства пациента, особенно в его родительской семье: 1) небезопасность или нестабильность семейной среды; 2) эмоциональная депривированность семейной среды; 3) пунитивность или отвержение со стороны семейной среды; 4) подавление со стороны семейной среды. Психотерапевт и пациент начинают выявлять темы и триггеры.

Применение инструментов оценки схемы

Пациенты, которые на это согласны, в качестве домашнего задания последовательно заполняют следующие опросники.

1. Мультимодальный опросник жизненной истории.
2. Опросник родительского стиля Янга.
3. Методика ранних дезадаптивных схем Янга (если диагноз ПРЛ не прояснен).

Этот оценочный инструментарий более подробно рассмотрен в главе 2.

Хотя заполнение опросников чрезвычайно полезно, первоочередной задачей является установление отношений, позволяющих проводить замещающее родительство. Если пациент с ПРЛ отказывается заполнять опросники, психотерапевт не настаивает; а если пациент очень хрупкий в психологическом плане, мы рекомендуем психотерапевту вовсе отказаться от этих форм. Работа над опросниками может оказаться стрессом для многих пациентов, поскольку она может спровоцировать болезненные

воспоминания и эмоции. Другие пациенты с ПРЛ рассматривают работу по заполнению опросников как чисто механическую задачу. Многие пациенты заполняют опросники, без напоминаний и подталкивания со стороны психотерапевта, позже, когда они уже лучше справляются со своими эмоциями и режимами.

Мы обнаружили, что из всех этих инструментов наиболее подходящим для пациентов с ПРЛ является Опросник родительского стиля Янга. В нем пациент оценивает своих отца и мать по разным параметрам. Пациент заполняет опросник в качестве домашнего задания и приносит его на следующий сеанс. Психотерапевт использует эту методику в качестве отправной точки для обсуждения источников происхождения схем и режимов в детстве. Психотерапевт не подсчитывает итоговые баллы, но указывает на утверждения, которые были наиболее высоко оценены пациентом, и просит рассказать о них больше. Обсуждение таких утверждений помогает пациентам начать исследовать свое детство и понять причины своих проблем. Это также помогает пациентам начать более объективно и реалистично смотреть на своих родителей.

Методика ранних дезадаптивных схем Янга полезна в основном для диагностических целей. Поскольку большинство пациентов с ПРЛ обладают почти всеми схемами, и поскольку заполнение опросника может их расстроить, мы применяем его только тогда, когда диагноз ПРЛ не установлен. Если же такой диагноз установлен, опросник не будет столь уж полезен для получения дополнительной информации.

Психотерапевт лично обсуждает с пациентом результаты заполнения опросников. То, как психотерапевт преподносит результаты заполнения опросника, в значительной степени определяет, как пациент будет реагировать на них. Если психотерапевт просто перечисляет их (“механически”), скорее всего, они не будут восприняты пациентом. Если психотерапевт использует опросник как средство эмоциональной связи с пациентом, то, скорее всего, он отреагирует на него положительно.

Психотерапевт информирует пациента о режимах

Психотерапевт объясняет пациенту концепцию режимов в схема-терапии. Если психотерапевт представляет режимы в персонализированном виде, большинство пациентов с ПРЛ относятся к такой информации восприимчиво и позитивно. Вот как д-р Янг объяснил их Кейт (в сокращенной форме, вследствие ограниченной продолжительности консультации).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Позвольте мне рассказать вам немного о том, как мы рассматриваем тот тип проблем, который наблюдается у вас, и скажите, подходит ли вам это. Позвольте мне записывать все для вас, чтобы вы смогли потом попробовать следовать этому. Идея состоит в том, что люди с тем типом проблем, с которым сталкиваетесь вы, имеют различные стороны собственной личности, и эти стороны включаются в разное время. Одна сторона называется Покинутым ребенком — это та ваша часть, которая чувствует себя потерянной, одинокой; чувствует, что о ней никто не заботится. Чувствуете ли вы присутствие этой стороны?

КЕЙТ: Да (*плачет*). Все время.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это то, что вы чувствуете большую часть времени?

КЕЙТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Еще одна сторона называется Наказывающим родителем. И это сторона, которая нападает на вас, желая наказать вас за то, что вы якобы "плохая". Есть ли у вас что-то общее с этой стороной?

КЕЙТ (*утвердительно кивает и плачет*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Когда активизируется эта сторона? Можете ли вы вспомнить, что происходит, когда вы ощущаете эту свою сторону? На что это похоже?

КЕЙТ: Я чувствую, что я плохая, злая, грязная.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы обычно делаете, когда чувствуете эту сторону, сторону Наказывающего родителя? Вы делаете что-то, чтобы отвлечься?

КЕЙТ: Да. Обычно я именно так и поступаю. Я пытаюсь чем-то наполнить свою жизнь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Третью сторону мы называем Отстраненным защитником. Это сторона, которая пытается удержать вас от переживания этих и других вещей. Поэтому она пытается блокировать чувства, избегать их, отвлечься на выпивку, думать о другом...

КЕЙТ (*перебивает*): Или стать другой?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, или стать другой. Теперь — последняя сторона, которую мы назовем Сердитым ребенком. Это та ваша часть, которая чувствует, что с ней плохо обращались, что люди не были добры к ней.

Стоит отметить, что на практике мы говорим о режимах, как о человеке. Это терапевтически эффективно, потому что помогает пациентам дистанцироваться от своих режимов и наблюдать за каждым из них. Однако на самом деле концептуально мы не рассматриваем режим как отдельную личность.

Обратите внимание на легкость, с которой Кейт принимает все четыре свои режима. Однако некоторые пациенты с ПРЛ отвергают идею режимов. Когда это происходит, психотерапевт не настаивает. Скорее, психотерапевт перестает озвучивать стандартные названия режимов и использует другие выражения, такие как "ваша грустная сторона", "ваша разгневанная сторона", "ваша самокритичная сторона" и "ваша молчаливая сторона". Важно, чтобы психотерапевт дал какие-то названия этим разным частям личности пациента, но при этом необязательно использовать именно наши термины.

Психотерапевт просит пациента прочесть главы из книги "Прочь из замкнутого круга", которые касаются режимов (и конкретного пациента). Несмотря на то что в книге режимы не упоминаются напрямую[1], в ней описываются переживания, связанные со схемами, — каково это, чувствовать себя обиженным, покинутым, лишенным любви, подавленным, — а также три копинговых стратегии: капитуляция, избегание, гиперкомпенсация. Психотерапевт просит пациента прочитать соответствующие главы. Важно, чтобы психотерапевт назначал для прочтения по одной главе за раз в

[1] Они называются ловушками. — *Примеч. ред.*

соответствии с тематикой сеанса, потому что когда пациент с ПРЛ читает эту книгу всю подряд, он, как правило, во всем видит себя, и это шокирует его.

Напомним, что общий терапевтический подход состоит в том, чтобы отслеживать режимы пациента и применять стратегии, соответствующие актуальному режиму. Психотерапевт действует, как хороший родитель. Цели заключаются в том, чтобы создать у пациента режим Здорового взрослого, моделируемый психотерапевтом; ухаживать за Покинутым ребенком; успокоить и заменить Отстраненного защитника; свергнуть и изгнать Наказывающего родителя; обучить Сердитого ребенка адекватным способам выражения эмоций и потребностей.

Режим Покинутого ребенка: лечение

Покинутый ребенок — это раненый внутренний ребенок пациента. Это детская часть пациента, которая в родительской семье подвергалась жестокому обращению, оставлению, эмоциональной депривации, унижению и жестоким наказаниям. В рамках терапевтических отношений психотерапевт пытается предоставить пациенту обратное: безопасные, надежные, заботливые отношения, в которых поощряется искреннее самовыражение и практикуется прощение.

Терапевтические отношения. Терапевтические отношения играют ведущую роль в процессе излечения режима Покинутого ребенка. С помощью замещающего родительства психотерапевт стремится обеспечить частичное "противоядие" от токсичного детства пациента. Психотерапевт создает "поддерживающее окружение" (*Winnicott, 1965*), в котором пациент может развиваться от маленького ребенка до здорового взрослого. Психотерапевт становится надежной опорой, фундаментом, на котором пациент постепенно выстраивает свои чувства идентичности и самопринятия. Работая с уязвимой частью личности пациента, психотерапевт вводит его в режим Покинутого ребенка и удерживает в нем, а затем выполняет замещающее родительство, имитируя заботливого родителя.

Психотерапевт осуществляет замещающее родительство, опираясь на связи, установленные в терапевтических отношениях, и это именно то, что мы подразумеваем под замещающим родительством. Существует опасность, что психотерапевт зайдет слишком далеко и запутается в своих отношениях с пациентом, пытаясь стать для него "настоящим" родителем. Именно поэтому так важно установить границы в терапевтических отношениях. Например, психотерапевт не встречается с пациентом за пределами своего офиса, не ведет себя, как доверенное лицо или опекун пациента, избегает прикосновений к нему и вовлечения в личные отношения с ним и т.п. Тем не менее в своем замещающем родительстве мы обычно заходим дальше, чем это позволяют себе психотерапевты других направлений.

В пределах этих границ психотерапевт пытается удовлетворить многие неудовлетворенные потребности ребенка в безопасности, заботе, автономии, самовыражении и разумных границах. Находясь в режиме Покинутого ребенка, пациент очень уязвим. Психотерапевт говорит пациенту: "Я здесь", "Я забочусь о вас", "Я не брошу вас", "Я не буду оскорблять или эксплуатировать вас", "Я не буду отвергать вас". Эти послания подтверждают роль психотерапевта как надежной, заботливой опоры.

Психотерапевт прибегает к прямой похвале, чтобы помочь пациенту повысить уверенность в себе. Когда пациенты находятся в режиме Покинутого ребенка, психотерапевт пытается давать им как можно больше прямой, искренней похвалы. Пациенты с ПРЛ обычно не замечают того хорошего, чем они обладают. Им нужен психотерапевт, который бы сказал, в чем состоят их ресурсы, — например в великодушии, любви, уме, чувствительности, креативности, умении сопереживать, преданности или лояльности. Если психотерапевт ждет, пока пациент сам определит свои ресурсы, то этого, вероятно, никогда не произойдет. Когда психотерапевты говорят пациентам, что им в них нравится, пациенты почти всегда отрицают, что они достойны восхищения. Пациент переключается с режима Покинутого ребенка на режим Наказывающего родителя, который отрицает похвалу. Однако, хотя Наказывающий родитель и отрицает похвалу, Покинутый ребенок слышит ее. Месяцы спустя одна пациентка смогла вспомнить то хорошее, что о ней говорил психотерапевт, хотя во время их сеансов она не признавала это.

Опираясь на взаимность и самораскрытие, психотерапевт выстраивает терапевтические отношения, чтобы моделировать для пациента уважение прав других, подобающее выражение эмоций, обмен чувствами, отстаивание своих потребностей и аутентичность. Для психотерапевта важно быть готовым поделиться с пациентом своими личными реакциями. Мы не имеем в виду, что психотерапевты должны делиться интимными подробностями своей личной жизни. Любое самораскрытие будет полезно — оно не обязательно должно быть излишне глубоким. Самораскрытие психотерапевта может иметь отношение к чему-то обыденному, например, к обмену репликами с незнакомцем на улице или взаимодействию с продавцом в магазине. Психотерапевты признают свою уязвимую сторону перед пациентами. При этом они моделируют, как быть уязвимыми, принимать свои чувства и делиться ими.

Экспериенциальная работа. Работая над образами, психотерапевт лелеет Покинутого ребенка, защищает его и сопереживает ему. Постепенно пациенты интернализируют такое поведение психотерапевта как собственный режим Здорового взрослого, который затем заменяет психотерапевта во время работы над образами.

Работая над образами, психотерапевт помогает пациенту проработать травматические события детства. Психотерапевт входит в образы пациента и осуществляет замещающее родительство его ребенка. Позже, когда терапевтическая связь надежна, и пациент достаточно силен, чтобы избежать декомпенсации, психотерапевт проводит пациента через травматические образы жестокого обращения и пренебрежения. Психотерапевт также входит в образы пациента, чтобы заботиться о его ребенке. Психотерапевт делает то, что сделал бы хороший родитель: уводит ребенка из травмирующей ситуации, противостоит обидчику, встает между обидчиком и ребенком, дает ребенку возможность самому справиться с ситуацией. Постепенно пациент сам осваивает роль Здорового взрослого, входит в свой образ в качестве взрослого и становится заботливым родителем для своего ребенка.

Работа над переживаниями также может помочь пациенту справиться с негативными ситуациями из его нынешней жизни. Пациент может проработать свои страхи по поводу той или иной ситуации: он закрывает глаза и воссоздает образ ситуации или разыгрывает ситуацию в ролевой игре с психотерапевтом. Иногда пациент может играть роль любого из своих режимов, в то время как психотерапевт играет роль Здорового

взрослого. В других ситуациях пациент выражает конфликтующие чувства и желания, которые он испытывает в каждом режиме, а затем, в диалогах между режимами, приходит к здоровой реакции на ситуацию.

Когнитивная работа. Психотерапевт информирует пациента о нормальных потребностях человека. Психотерапевт начинает с просвещения пациента относительно потребностей детей по ходу их развития. Многие пациенты с ПРЛ вообще знают, что такое нормальные потребности, потому что родители научили их, что любые потребности являются чем-то недопустимым. Такие пациенты не знают, что для детей нормальны потребности в безопасности, любви, автономности, похвале и принятии. На этой стадии терапии будет полезно перечитать первые главы книги "Прочь из замкнутого круга", в которых раскрываются нормальные потребности детей в процессе их развития.

Когнитивные техники помогают "пограничным" пациентам ощущать связь с психотерапевтом в стрессовых ситуациях. Например, одна пациентка с ПРЛ, которая страдала от панических атак, сказала своему психотерапевту, что для нее полезно перечитывать копинг-карточки в пугающих ситуациях, потому что это помогает ей ощутить свою связь с психотерапевтом. Чтобы сделать такую связь еще более личной, пациент может мысленно говорить с психотерапевтом, когда попадает в стрессовые ситуации (либо про себя, либо записывая свои реплики).

Поведенческая работа. Психотерапевт помогает пациенту освоить техники ассертивности. Пациент практикует эти техники как во время сеансов, выполняя упражнения по работе над образами или проводя ролевые игры, так и вне сеансов, в качестве домашних заданий. Цель состоит в том, чтобы пациент научился продуктивно управлять эмоциями и развивать близкие отношения со значимыми другими, в которых он мог бы быть уязвимым, не подавляя другого человека.

Когнитивно-поведенческие навыки совладания для пациентов с ПРЛ мы обсудим в следующем разделе.

Опасности при работе с режимом Покинутого ребенка. Первая опасность состоит в том, что пациент может почувствовать себя перегруженным. После сеанса, посвященного работе с режимом Покинутого ребенка, он может впасть в депрессию или расстроиться. Пациенты с ПРЛ имеют широкий спектр функциональных возможностей, и то, с чем один пациент может справиться успешно, недоступно для другого. Лучше всего, чтобы психотерапевт внимательно наблюдал за пациентом и выяснил бы, что ему по силам, с чем он может справиться. Психотерапевт старается не перегружать пациентов, когда они раскрывают режим Покинутого ребенка, поскольку для многих пациентов это и так трудно. Психотерапевт начинает с простых стратегий и постепенно переходит к более эмоционально напряженным.

Вторая опасность заключается в том, что психотерапевт может непреднамеренно действовать таким образом, что пациент отключает режим Покинутого ребенка. Например, если психотерапевт пытается решить проблемы пациента, когда тот находится в этом режиме, то, скорее, он переключится в режим Отстраненного защитника. Пациент может интерпретировать поведение психотерапевта так, как будто он требует большей объективности и рациональности, а не субъективности и эмоциональности. Аналогичным образом, если психотерапевт слишком давит на пациента, общается

с ним, как со взрослым, и игнорирует детскую сторону пациента, он может переключиться в режим Отстраненного защитника, потому что ребенок чувствует себя нежеланным. На протяжении всей жизни большинству пациентов с ПРЛ транслировали послания о том, что их режим Уязвимого ребенка не приветствуется в межличностных взаимодействиях.

Третья опасность заключается в том, что психотерапевт может раздражаться из-за того, что тот, находясь в режиме Покинутого ребенка, ведет себя "по-детски" и плохо справляется с решением проблем. Любое проявление гнева или раздражения со стороны психотерапевта немедленно отключает режим Покинутого ребенка. Пациент переключается в режим Наказывающего родителя, чтобы наказать себя за то, что разозлил психотерапевта. Психотерапевт может прибегнуть к технике наложения на пациента образа маленького ребенка с целью подкрепить эмпатию. Это может помочь психотерапевту рассматривать пациента как ребенка, находящегося на соответствующей стадии развития и, следовательно, скорректировать свои ожидания в отношении него.

Режим Отстраненного защитника: лечение

Режим Отстраненного защитника служит для "отключения" эмоций и потребностей пациента, чтобы защитить пациента от боли и уберечь от вреда путем успокоения и умиротворения окружающих. Этот режим представляет собой словно пустую оболочку пациента, которая автоматически и механически действует так, чтобы угодить окружающим людям. Отстраненный защитник делает это, потому что чувствует, что небезопасно быть по-настоящему уязвимым с психотерапевтом (или с другими людьми). Отстраненный защитник существует, чтобы защитить Покинутого ребенка.

Терапевтические отношения. Психотерапевт заверяет Отстраненного защитника в том, что для пациента вполне безопасно позволить себе быть уязвимым в общении с психотерапевтом. Психотерапевт и так постоянно защищает пациента, поэтому у Отстраненного защитника не остается работы. Это может быть достигнуто несколькими способами. Психотерапевт помогает пациенту удерживать переполняющие его эмоции, успокаивая его, чтобы Отстраненный защитник мог позволить пациенту переживать свои чувства. Психотерапевт позволяет пациенту безнаказанно выражать все его чувства (в пределах разумного), включая гнев на психотерапевта. При необходимости психотерапевт увеличивает частоту контактов с пациентом, чтобы пациент чувствовал поддержку. Перевоспитывая пациента, психотерапевт убеждается в том, что пациент чувствует себя в безопасности.

Обход Отстраненного защитника. Чтобы обойти Отстраненного защитника, необходимо предпринять несколько шагов. Психотерапевт начинает с обозначения режима Отстраненного защитника, помогая пациенту распознать его и определить запускающие его триггеры. Затем психотерапевт анализирует развитие режима пациента в детском возрасте и подчеркивает его адаптивную ценность. Психотерапевт помогает пациенту наблюдать события, предшествующие активации режима, и последствия эмоциональной отстраненности. Вместе психотерапевт и пациент анализируют преимущества и недостатки эмоциональной отстраненности во взрослом возрасте. Важно, чтобы психотерапевт был настойчив в том, чтобы пациент согласился бороться с Отстраненным защитником и испытывал в процессе терапии другие свои режимы,

потому что до тех пор, пока он остается в режиме Отстраненного защитника, реального прогресса не будет. В качестве Здорового взрослого психотерапевт бросает вызов Отстраненному защитнику и ведет переговоры с ним. Когда эти шаги успешно пройдены и психотерапевт обошел Отстраненного защитника, тогда пациент готов к работе над образами. Вернемся к примеру Кейт. Д-р Янг начинает с того, что указывает пациентке на то, что она находится в режиме Отстраненного защитника, и, напоминая ей о функциях этого режима, просит ее представить себе образ Покинутого ребенка.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Закройте глаза. (*Пауза.*) Помните, я говорил вам о Покинутом ребенке? Вы знаете, это маленькая Кейт, маленькая девочка, которая хочет, чтобы ее любили. Представьте себя маленькой девочкой. (*Пауза.*) Вы можете представить себя? Можете увидеть образ маленькой Кейт?

КЕЙТ: Да, у меня есть моя фотография, на которую я смотрю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А как вы выглядите на фото? Удается ли вам увидеть, как себя чувствует маленькая Кейт?

КЕЙТ: На этом фото я была счастлива, и мне было четыре года.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, это счастливый образ маленькой Кейт. Можете ли вы увидеть образ маленькой Кейт, когда она не так счастлива? Представьте ее там, где ей грустно и одиноко. Может быть, она в доме, и никто не обращает на нее внимания, может быть, ее отец отстранен от нее, находится "на своей волне". Можете ли вы увидеть эту картинку?

КЕЙТ: Да, немного. Полагаю. Я не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может быть, вы на самом деле знаете, но боитесь об этом сказать, или не хотите видеть?

КЕЙТ: Думаю, я не хочу видеть это. Но я также забываю неприятные вещи. Это просто тяжело для меня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это то, что я называю режимом Отстраненного защитника. Это та ваша сторона, которая пытается защитить вас от этих чувств, и она активизируется прямо сейчас и говорит: "Кейт, не позволяй себе думать об этих вещах и смотреть на них, потому что это причинит тебе слишком много боли". Возможно ли, что все происходит именно так?

КЕЙТ (*плачет и утвердительно кивает*).

Психотерапевт просит пациента представить себе образ Отстраненного защитника и начинает диалог с этим режимом. Отстраненный защитник становится персонажем из образа. При проведении диалога цель психотерапевта состоит в том, чтобы найти подход к Отстраненному защитнику с позиции эмпатической конфронтации.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Не могли бы вы сказать что-то отстраненной стороне себя, сказать, что вам нужно позволить себе взглянуть на некоторые вещи?

КЕЙТ: Это тяжело. Это действительно очень тяжело. Это просто больно. И чем больше я пытаюсь думать, тем больше я забываю. Чем больше я пытаюсь сосредоточиться, тем хуже у меня это получается.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Опять же, это борьба между вашей стороной маленького ребенка и вашей отстраненной стороной. Можете ли вы увидеть образ той стороны себя, которая боится позволить вам это сделать? Можете ли вы представить себе какую-то свою сторону, которая говорит: "Кейт, не чувствуй этого"?

КЕЙТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы поговорить с ней и спросить у нее: "Почему ты не хочешь, чтобы я посмотрела на это? Почему ты меня ограничиваешь?" Что она говорит?

КЕЙТ: Я думаю, она просто пытается позаботиться о себе.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Позвольте мне поговорить с ней. "Кейт, чего ты боишься? Что случится, если ты позволишь возникнуть этим чувствам, — ты вспомнишь о чем-то?"

КЕЙТ: Тогда я буду просто злой, такой злой, что не буду знать, что делать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Боитесь ли вы, что чувства выйдут из-под контроля или что ваш гнев кого-нибудь обидит?

КЕЙТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Было бы слишком страшно представить себе образ разгневанной Кейт и посмотреть, как она выглядит?

В этот момент психотерапевт и Кейт наконец-то могут прорваться через линию обороны Отстраненного защитника к Сердитому ребенку, который уже активировался.

Экспериенциальная работа. Как только психотерапевт обошел Отстраненного защитника, в терапевтическом процессе можно начинать использовать работу над образами. Мы считаем, что лучшей и единственной стратегией для выведения пациента с ПРЛ из режима Отстраненного защитника является работа с воображением, особенно с использованием других режимов. Когда мы просим пациентов с ПРЛ закрыть глаза и представить своего Уязвимого ребенка, довольно часто они могут сразу же получить доступ к чувствам, скрытыми за их эмоционально опустошенной личностью.

Более подробно работу с воображением мы описываем при обсуждении лечения других режимов.

Когнитивная работа. Предоставление пациенту информации о режиме Отстраненного защитника само по себе полезно. Психотерапевт подчеркивает преимущества переживания эмоций и общения с людьми. Жить в режиме Отстраненного защитника означает эмоционально умереть. Истинное удовлетворение от жизни доступно лишь тем, кто способен чувствовать и желать.

Однако в когнитивной работе над Отстраненным защитником есть нечто парадоксальное. Подчеркивая важность рациональности и объективности, процесс когнитивной работы, по сути, подкрепляет этот режим. По этой причине мы не рекомендуем сосредоточиваться на когнитивной работе с Отстраненным защитником (помимо базового информирования пациента). Как только пациент рационально осознает, что есть существенные преимущества в вытеснении Отстраненного защитника и применении иных копинговых стратегий, психотерапевт переходит к экспериенциальной работе.

Биологическая работа. Если пациент испытывает чрезмерно интенсивные для него эмоции каждый раз, когда выходит из режима Отстраненного защитника, психотерапевт может рассмотреть вопрос о направлении пациента к специалисту по психофармакологии для оценки целесообразности медикаментозного лечения. Медикаментозное лечение иногда помогает пациенту лучше переносить переключения из режима Отстраненного защитника на другие режимы. Лекарства, такие как стабилизаторы настроения или антидепрессанты, могут удерживать эмоции пациента, чтобы он не был столь подавлен ими. Как мы уже отмечали, только в других режимах можно добиться реального терапевтического прогресса. Если пациент по ходу терапии не может удерживаться в других режимах и остается в режиме Отстраненного защитника, возможен лишь незначительный прогресс.

Поведенческая работа. Дистанцирование от окружающих является важным аспектом этого режима. Отстраненный защитник крайне неохотно раскрывается перед людьми. В поведенческой работе пациент старается постепенно раскрываться, несмотря на нежелание. Пациент практикует переключение из режима Отстраненного защитника на режим Покинутого ребенка и Здорового взрослого с соответствующими им значимыми другими.

Пациент может практиковать работу с воображением и ролевые игры с психотерапевтом на сеансах, а затем выполнять домашние задания. Например, у пациента может быть цель — поделиться своими чувствами с одним из своих близких друзей. Он может практиковать выражение своих чувств другу в ролевых играх с психотерапевтом, а на следующей неделе, в качестве домашнего задания, на самом деле проделать то же самое с другом.

Кроме того, пациент может присоединиться к группе поддержки (существуют группы поддержки анонимных алкоголиков, взрослых детей алкоголиков и т.д.). Там пациент может практиковать выход из режима Отстраненного защитника в режим Покинутого ребенка и Здорового взрослого в обстановке работы группы поддержки.

Для психотерапевта важно быть в постоянной конфронтации с Отстраненным защитником. В главе 8 мы приводили фрагмент беседы, проведенной д-ром Янгом, где этот процесс был продемонстрирован подробнее.

Опасности при работе с режимом Отстраненного защитника. Первая опасность заключается в том, что психотерапевт может ошибочно принять Отстраненного защитника за Здорового взрослого. Психотерапевт полагает, что пациент чувствует себя хорошо, но пациент просто закрылся и ведет себя послушно, как "хороший ребенок", пассивный и подчиняющийся. Базовое отличие одного режима от другого — испытываемые пациентом эмоции. Психотерапевт может спросить: "Что вы сейчас чувствуете?" Пациент, находящийся в режиме Отстраненного защитника, ответит: "Я ничего не чувствую", или "Я чувствую оцепенение". Психотерапевт может сказать: "Что бы вы хотели сделать прямо сейчас?", и пациент ответит: "Я не знаю", потому что, находясь в режиме Отстраненного защитника, пациент не испытывает желаний. Психотерапевт может спросить: "Что вы сейчас чувствуете по отношению ко мне?", и пациент в режиме Отстраненного защитника ответит: "Ничего". Пациент может испытывать эмоции в других режимах, но не в режиме Отстраненного защитника.

Вторая опасность заключается в том, что Отстраненный защитник может втянуть психотерапевта в решение проблем, не имеющих отношения к этому режиму. Многие психотерапевты попадают в ловушку, пытаясь решить проблемы своих пациентов с ПРЛ, особенно в начале работы с ними. Однако часто пациент не хочет решений — он хочет заботы и защиты. Он хочет, чтобы психотерапевт сопереживал режимам, лежащим в основе Отстраненного защитника, — скрытым режимам Покинутого ребенка и Сердитого ребенка.

Третья опасность заключается в том, что пациент разозлится, а психотерапевт не сможет это распознать. Отстраненный защитник отсекает гнев пациента по отношению к психотерапевту. Если психотерапевт не прорвется через Отстраненного защитника и не поможет пациенту выразить свой гнев, то гнев пациента будет нарастать, и это в конечном итоге приведет к тому, что пациент начнет вести себя импульсивно или откажется от терапии. Например, пациент может пойти домой и нанести себе порезы, безрассудно превышать скорость при управлении автомобилем, злоупотреблять психоактивными веществами, вести беспорядочные и незащищенные половые связи или внезапно прекратить терапию.

Режим Наказывающего родителя: лечение

Наказывающий родитель — это идентификация пациента с родителем и интернализация как родителя, так и других людей, которые его обесценивали и отвергали в детстве. Этот режим наказывает пациента за то, что он "плохой"; это может означать что угодно, но особенно — выражение подлинных чувств и наличие эмоциональных потребностей. Терапевтическая цель — победить и изгнать Наказывающего родителя. В отличие от других режимов, Наказывающий родитель не выполняет никаких полезных функций. Психотерапевт борется с Наказывающим родителем, и пациент постепенно идентифицируется с психотерапевтом и усваивает его модель поведения как собственный режим здорового взрослого, а затем сам борется с Наказывающим родителем.

Терапевтические отношения. Моделируя противоположность пунитивности — подход принятия и прощения, — психотерапевт доказывает ложность режима Наказывающего родителя. Вместо того чтобы критиковать и обвинять пациента, психотерапевт признает его право на выражение своих подлинных чувств и потребностей, прощает пациента, когда тот делает что-то "неправильно". Пациент — хороший человек, которому позволено совершать ошибки.

Переводя самонаказывающую часть пациента в режим, психотерапевт помогает пациенту как бы отменить воздействие процессов идентификации и интернализации, которые создали этот режим в раннем детстве. Самонаказывающая часть становится эго-дистонической и внешней. Затем психотерапевт объединяет усилия с пациентом в борьбе против Наказывающего родителя.

Объединившись с пациентом для борьбы с Наказывающим родителем, психотерапевт занимает позицию эмпатической конфронтации. Психотерапевт понимает, насколько пациенту трудно, но все равно подталкивает его к борьбе с режимом Наказывающего родителя. Сосредоточение внимания на эмпатии помогает предотвратить

непреднамеренную идентификацию психотерапевта с Наказывающим родителем, с его критикой и резкостью.

Экспериенциальная работа. Психотерапевт помогает пациенту бороться с режимом Наказывающего родителя в работе над образами. Психотерапевт начинает с того, что помогает пациенту определить, какого родителя (или другого человека) на самом деле представляет данный режим. С этого момента, вместо того чтобы называть этот режим просто родителем, психотерапевт использует конкретизированное название, которое придумано пациентом или согласовано с ним (например, "ваш вспыльчивый отец"). Иногда этот режим представляет обоих родителей, но чаще он является интернализированным голосом одного из них. Обозначение режима таким образом помогает пациенту экстернализировать голос Наказывающего родителя, переместить его вовне: он становится голосом именно родителя, а не самого пациента. Пациент обретает способность дистанцироваться от наказывающего голоса своего режима и дать ему отпор.

Вот пример из беседы д-ра Янга с Кейт. В этом фрагменте Кейт переключается с режима Сердитого ребенка на режим Наказывающего родителя: Наказывающий родитель пытается наказать Сердитого ребенка за то, что он сердится. Кейт идентифицирует Наказывающего родителя как своего отца.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Теперь я хочу, чтобы вы попытались стать Сердитой Кейт. Поговорите со своим отцом и скажите ему: "Мне надоело, что все внимание направлено лишь на моего брата. Я тоже заслуживаю внимания!"

КЕЙТ (*обращаясь к образу отца*): Я просто устала от того, что все для него, что он бьет меня и кричит на меня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ (*подсказывает Кейт*): "Это нечестно".

КЕЙТ (*повторяет*): Это нечестно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ (*продолжает подсказывать*): "И именно поэтому я хочу разрушить все в своей комнате. Потому что я так злюсь на тебя за это".

КЕЙТ: Я просто хочу, чтобы вы все умерли.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, что вы сказали это, Кейт. Теперь вы чувствуете себя плохо из-за того, что говорите об этом, или это больше похоже на облегчение?

КЕЙТ: Нет (*плачет*). Это неправильно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы сейчас стать той частью себя, которая чувствует, что это неправильно? Это ваш отец говорит вам об этом?

КЕЙТ (*утвердительно кивает*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы теперь стать своим отцом, который говорит вам, что это неправильно?

КЕЙТ (*в роли отца*): "Это все неправильно — то, что ты думаешь об этом, что ты чувствуешь гнев и злишься, что ты хочешь, чтобы я умер, чтобы все мы умерли. Мы заботимся о тебе".

Затем психотерапевт входит в образ, чтобы помочь пациенту справиться с Наказывающим родителем.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы ввести меня в образ и позволить мне поговорить с вашим отцом, чтобы я смог защитить вас от него? Можем ли мы сделать это? Можете ли вы представить меня там, с вами и с вашим отцом?

КЕЙТ: (*утвердительно кивает*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Сейчас я собираюсь поговорить с вашим Наказывающим родителем за вас. "Послушайте, неудивительно, что Кейт злится на вас. Вы не уделяете ей внимания и не заботитесь о ней так, как это должен делать отец, и ваша жена не лучше. Она тоже не уделяет девочке внимания. Неудивительно, что она злится. Неудивительно, что она ненавидит всех вас. Что вы делаете такого, чтобы ей хотелось проявлять к вам нежность? Что вы делаете, чтобы ваша дочь любила вас и чувствовала родственную связь? Все, что вы делаете, — это злитесь на нее и обвиняете во всем. Даже когда брат бьет ее, вы все равно обвиняете дочь. Вы думаете, она будет любить вас за это и будет счастливой? Это справедливо?"

Что вы чувствуете, когда я говорю это для вас?

КЕЙТ: Я испытываю чувство вины.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вам хочется причинить себе боль, как будто вы заслуживаете наказания?

КЕЙТ: Чувствую себя так, как будто после вашего ухода меня побьют.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Кто вас побьет?

КЕЙТ: Мой брат (*плачет*).

Кейт на мгновение потеряла грань между образами и реальностью: образ стал для нее воспоминанием. Ее заявление о том, что после ухода психотерапевта брат изобьет ее, смешивает настоящее и прошлое. Она переключается на режим Покинутого ребенка. Психотерапевт сейчас должен защитить ее и напомнить ей, что это всего лишь образ.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но его сейчас нет в вашей жизни, верно?

КЕЙТ (*утвердительно кивает*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, это образ, который существует лишь в вашем воображении? Это происходит в образе? Там возникает чувство, что он собирается побить вас?

КЕЙТ (*утвердительно кивает*): За то, что за меня заступились.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы теперь представить себе какую-то стену или что-то другое, чтобы защититься от него в этом образе? Что бы вы могли себе представить?

Этот фрагмент с Кейт демонстрирует ту скорость, с которой пациенты с ПРЛ переключаются между режимами. Кейт стремительно переключается с Сердитого ребенка

на Наказывающего родителя (чтобы наказать Сердитого ребенка), затем — на Покинутого ребенка (который боится мести брата за ее гнев). У пациентов с ПРЛ такое быстрое переключение между режимами происходит не только в образах. Именно так большинство таких пациентов проживают свою жизнь — с тем же быстрым переключением режимов.

Предыдущий фрагмент иллюстрирует стратегию локализации пунитивного голоса в образе родителя. Всякий раз, когда пациент переключается на режим Наказывающего родителя, психотерапевт идентифицирует его с родителем, которым он был смоделирован. Психотерапевт говорит: "А сейчас станьте вашим отцом, который говорит вам об этом". Это больше не голос пациента, а голос родителя. Теперь психотерапевт объединяется с пациентом в борьбе с родителем.

Как и в предыдущем фрагменте, большинству пациентов с ПРЛ нужен психотерапевт, чтобы бороться с Наказывающим родителем. В начале лечения большинство пациентов слишком запуганы и боятся Наказывающего родителя, боятся оказывать ему сопротивление, работая над образами. Позже, когда пациенты интернализируют голос психотерапевта и укрепляют свой режим Здорового Взрослого, они становятся способными самостоятельно бороться с Наказывающим родителем. Поначалу же пациент, по сути, лишь наблюдает за сражением между Наказывающим родителем и психотерапевтом. Психотерапевт использует все средства, необходимые для победы в этой битве, не подавляя пациента. Еще раз: цель состоит в том, чтобы полностью исключить Наказывающим родителя, а не интегрировать его в другие режимы.

Психотерапевты не вступают в диалоги в образах, в которых пациенты видят *себя* наказывающими; скорее, пациенты всегда видят образ одного из своих родителей. Если бы они представляли себя на месте родителя, атаки психотерапевта на наказывающий голос выглядели бы как атаки на пациента, и последний не смог бы различить атаку на себя и на родителя. Отождествление наказывающего голоса с родителем решает проблему борьбы с Наказывающим родителем без попыток бороться с пациентом. Как только голос отмечен как принадлежащий родителю, между психотерапевтом и пациентом больше нет спора; теперь это спор между психотерапевтом и родителем. В ходе этого спора, психотерапевт озвучивает то, что чувствовал все это время Сердитый ребенок. Наконец психотерапевт проговаривает то, что лежит в основе чувств пациента, но что он не может выразить из-за деспотичного характера Наказывающего родителя.

Психотерапевт моделирует установление границ при взаимодействии с Наказывающим родителем вместо того, чтобы обсуждать его или защищаться от него. Благодаря этому, пациент учится не защищаться от Наказывающего родителя, а бороться с ним. Пациент не должен защищаться, чтобы утвердить свои права и достоинство. Скорее, пациент заявляет Наказывающему родителю: "Я не позволю тебе так со мной разговаривать". Пациент учится назначать определенные последствия, когда Наказывающий родитель нарушает его границы.

Психотерапевт может использовать и другие экспериенциальные техники. Например, психотерапевт может использовать гештальт-метод двух стульев. Психотерапевт просит пациента вести диалог между режимами Здорового взрослого и Наказывающего родителя, сменяя стулья при смене режимов. В идеале психотерапевт выступает в

качестве коуча, но не в качестве одного из режимов. Это помогает обозначить, что конфликт существует внутри пациента, а не между психотерапевтом и пациентом. Кроме того, пациенты могут писать людям, которые в прошлом наказывали их, излагая в письмах свои чувства и отстаивая свои потребности. Пациент может составлять такие письма в качестве домашнего задания, а затем читать их вслух психотерапевту на последующих сеансах.

Когнитивная работа. Психотерапевт информирует пациента в отношении нормальных человеческих потребностей и чувств. Это не "плохо", когда они есть. Вследствие действия схем Эмоциональной депривированности и Покорности, большинство пациентов с ПРЛ считают, что они не правы, когда выражают свои потребности и чувства, и уверены, что они заслуживают наказания, когда делают это. Кроме того, психотерапевт учит пациента, что наказание не является эффективной стратегией самосовершенствования. Психотерапевт не поддерживает идею наказания. Когда пациенты совершают ошибки в своей жизни, психотерапевт учит их заменять самонаказание более конструктивным ответом, включающим понимание и личностный рост. Цель состоит в том, чтобы пациенты честно смотрели на то, что они сделали неправильно, переживали соответствующие угрызения совести, возмещали ущерб тому, кто мог пострадать, исследовали более продуктивные способы поведения в будущем и, самое главное, прощали себя. Таким образом, пациенты могут нести ответственность за свои ошибки, не наказывая себя.

Психотерапевт работает над тем, чтобы переатрибутировать осуждение их проблем со стороны родителей как собственные проблемы самих родителей. Вот пример из беседы д-ра Янга с Кейт. Кейт рассказывает, как сильно она не нравилась своей матери из-за того, что была "несчастной" и "стервозной".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы все еще думаете, что мать была права?

КЕЙТ: Да. Но была *причина*, по которой я вела себя таким образом. Возможно, это не исходило от меня. Я сейчас начинаю это понимать; прошло много времени, пока пришли эти чувства. Возможно, я не просто это интернализировала; может быть, это просто была не я.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но до недавнего времени вы всегда чувствовали, что причина, по которой ваша семья относилась к вам таким образом, заключалась в том, что с вами что-то не так. Вы по умолчанию верили тому, что они говорили.

КЕЙТ: Я все еще верю в это.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но вы пытаетесь перестать делать это.

КЕЙТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но это сложно.

КЕЙТ: Да.

Зачастую для того, чтобы победить режим Наказывающего родителя, может потребоваться год или больше, как в случае Кейт, и это важный шаг в лечении пациентов с ПРЛ. Со временем психотерапевт должен каким-то образом убедить пациентов, что

неправильное обращение со стороны родителей было обусловлено их собственными проблемами или неблагополучием семейной системы, а не тем, что пациенты были плохими детьми. Пациенты с ПРЛ не смогут преодолеть свои чувства бесполезности до тех пор, пока не осуществят такую переатрибуцию. Они были хорошими детьми и не заслуживали плохого обращения; на самом деле, ни один ребенок не заслуживает плохого обращения.

Работая вместе, психотерапевт и пациент достигают понимания того, почему родитель плохо обращался с пациентом. Возможно, родитель плохо обращался со всеми детьми (в этом случае у родителя были психологические проблемы), или родитель завидовал пациенту (в этом случае у родителя была низкая самооценка, и он чувствовал угрозу со стороны пациента), или родитель не мог понять пациента (в этом случае пациент отличался от родителя, но это не значит, что он был "хуже"). Как только пациенты понимают причины, по которым родители плохо с ними обращались, у них появляется больше возможностей разорвать эмоциональную связь между родительским отношением и собственной самооценкой. Пациенты узнают, что, хотя родители плохо с ними обращались, они все равно заслуживают любви и уважения.

Пациент, проводящий переатрибуцию, сталкивается с дилеммой. Обвиняя родителя и злясь на него, пациент рискует потерять родителя либо на психологическом уровне, либо в реальной жизни. Эта дилемма еще раз подчеркивает важность отношений замещающего родительства. По мере того как психотерапевт становится (в ограниченном формате) заместителем родителя, пациент больше не зависит от реального родителя и не склонен обвинять родителя или злиться на него. Становясь стабильной, поддерживающей опорой, психотерапевт обеспечивает пациенту стабильность, позволяющую "отпустить" неблагополучного родителя или противостоять ему.

В целом, пациентам с ПРЛ лучше жить отдельно от своих родных и не часто с ними контактировать на ранних этапах лечения. Семья, скорее всего, продолжит укреплять те схемы и режимы, с которыми борется психотерапевт. Если пациент живет в родительской семье, и члены семьи продолжают вести себя таким образом, что это может навредить пациенту, психотерапевту следует помочь пациенту найти возможность переехать от родителей.

Еще один способ, с помощью которого психотерапевты могут бороться с Наказывающим родителем, — это развитие положительных качеств пациента. Психотерапевт и пациент могут вести список, периодически обновляя и пересматривая его. Пациенты могут собирать данные о своих положительных качествах в качестве домашнего задания (например, делиться своими истинными потребностями или чувствами с некоторыми из значимых других и наблюдать, что происходит). Психотерапевт и пациент могут обобщить эту работу на копинг-карточках.

Повторение является жизненно важным аспектом когнитивной работы. Пациенты должны снова и снова слышать аргументы против Наказывающего родителя. Режим Наказывающего родителя развивался в течение длительного времени благодаря бесчисленным повторениям. Каждый раз, когда пациенты борются с ним, учась проявлять любовь к самим себе, они несколько ослабляют этот режим.

Наконец, важно, чтобы психотерапевт и пациент признавали позитивные качества родителей. Часто родитель все же предоставляет пациенту некоторую любовь или

признание, считая, что чем реже он это делает, тем выше их ценность. Тем не менее психотерапевт настаивает на том, что позитивная атрибуция поведения родителя не оправдывает его вредоносного поведения.

Поведенческая работа. Пациенты с ПРЛ ожидают, что другие люди будут относиться к ним так же, как к ним относились их родители. (Это является частью схемы Пунитивности.) Они по умолчанию считают, что практически любой человек является Наказывающим родителем для них — или станет им. Психотерапевт назначает пациенту поведенческие эксперименты для проверки этой гипотезы. Цель состоит в том, чтобы продемонстрировать пациенту, что выражение потребностей и чувств, как правило, не приводит к отвержению или мести со стороны здоровых людей. Например, пациентка может попросить своего партнера или близкого друга выслушать ее, когда она обеспокоена по поводу своей работы. Психотерапевт и пациент взаимодействуют в формате терапевтических ролевых игр, пока пациент не почувствует себя достаточно комфортно, чтобы попытаться самому выполнить такое домашнее задание. Если психотерапевт и пациент мудро подошли к выбору значимого другого, то пациент будет вознагражден за свои усилия положительной реакцией.

Опасности при работе с режимом Наказывающего родителя. Одна из опасностей при оказании пациентам помощи в борьбе с режимом Наказывающего родителя заключается в том, что он может дать отпор, наказав пациента. После сеанса пациент может переключиться на режим Наказывающего родителя и наказать себя парасуицидальным поведением, например порезами или голоданием. Для психотерапевта важно постоянно следить за пациентом и принимать меры, чтобы предотвратить такое развитие событий. Психотерапевт инструктирует пациента о недопустимости самонаказаний и предлагает ему альтернативные действия в случае возникновения побуждения сделать это. Эти действия включают в себя просмотр копинг-карточек или медитацию осознанности.

Другая опасность состоит в том, что психотерапевт может недооценивать, насколько пациент напуган Наказывающим родителем, и не сможет обеспечить достаточную защиту во время выполнения экспериенциальных упражнений. Часто Наказывающий родитель был также и обижающим родителем. Обычно пациент нуждается в надежной защите, чтобы противостоять Наказывающему родителю. Психотерапевт обеспечивает эту защиту, вступая в конфронтацию с Наказывающим родителем и устанавливая границы при работе пациента над образами.

Аналогичным образом психотерапевт может не занимать достаточно активную позицию в борьбе с Наказывающим родителем. Он может быть излишне пассивным или спокойным и недостаточно агрессивным. Психотерапевт должен агрессивно бороться с Наказывающим родителем. Психотерапевт должен повторять ему: “Вы не правы”; психотерапевт должен сказать: “Я не хочу, чтобы вы продолжали свою критику. Я не хочу слышать ваш злой голос. Я больше не позволю вам никого наказывать”. Иметь дело с Наказывающим родителем — это все равно что иметь дело с человеком, у которого нет ни доброй воли, ни сочувствия. Не имеет смысла приводить такому человеку разумные доводы или взывать к его сочувствию — и поэтому эти подходы бесполезны при работе с режимом Наказывающего родителя. Метод, который чаще всего срабатывает, состоит в том, чтобы противостоять режиму Наказывающего родителя и давать ему отпор.

Другая опасность при выполнении экспериенциальной работы заключается в том, что психотерапевту не удастся научить пациента самостоятельно противостоять Наказывающему родителю. Поэтому психотерапевту необходимо вмешиваться и бороться с Наказывающим родителем только в качестве временной меры. В конце концов, пациент должен научиться самостоятельно бороться с Наказывающим родителем. Психотерапевт постепенно прекращает работу над образами, позволяя пациенту принимать на себя все возрастающий уровень ответственности в борьбе с Наказывающим родителем.

Последняя опасность заключается в том, что пациента может задевать за живое критика, направленная на Наказывающего родителя, и он может чувствовать, будто предает его. Психотерапевт уверяет пациента, что позже он сможет простить своего родителя, но сейчас важно взглянуть правде в глаза.

Режим Сердитого ребенка: лечение

Лечение Режима Сердитого ребенка состоит в выражении гнева по поводу жестокого обращения и неудовлетворенных эмоциональных потребностей, которые изначально сформировали схемы — Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Покинутости/Нестабильности, Эмоциональной депривированности, Покорности, Социального отчуждения или Пунитивности. Хотя такое поведение обычно оправдано для ребенка, во взрослой жизни этот режим является саморазрушительным. Гнев пациента подавляет и отталкивает людей и, таким образом, делает еще менее вероятным то, что эмоциональные потребности пациента, наконец, будут удовлетворены. Психотерапевт перевоспитывает Сердитого ребенка, устанавливая границы в отношении гневного поведения, и в то же время подтверждая обоснованность базовых потребностей пациента и обучая его более эффективным способам выражения гнева и удовлетворения своих эмоциональных потребностей.

Терапевтические отношения. Какой должна быть терапевтическая стратегия, когда пациент с ПРЛ переключается на Режим Сердитого и сердится на психотерапевта? Гнев на психотерапевта характерен для таких пациентов, и для многих психотерапевтов это является наиболее разочаровывающим аспектом лечения. Психотерапевт часто чувствует себя истощенным, пытаясь удовлетворить потребности пациента. Таким образом, когда пациент настроен против психотерапевта и говорит: "Вы не заботитесь обо мне. Я ненавижу вас", психотерапевт, естественно, злится и чувствует себя недооцененным. Пациенты с ПРЛ иногда могут вести себя как абьюзеры. Они могут манипулировать психотерапевтом и пытаться заставить его дать им то, чего они хотят. Они демонстрируют поведение, которое злит психотерапевта и вызывает в нем желание отомстить. Пациенты делают это не для того, чтобы причинить боль психотерапевту, а из-за собственного отчаяния. Когда психотерапевты испытывают гнев по отношению к пациентам с ПРЛ, их первоочередной задачей является обращение к собственным схемам. Какие схемы, если таковые имеются, запускаются у психотерапевта в качестве реакции на поведение пациента? Каким образом психотерапевт может реагировать на эти схемы, чтобы поддерживать адекватную терапевтическую позицию по отношению к пациенту? Мы обсудим вопрос о собственных схемах психотерапевта ниже в этой главе.

Следующим шагом является установление границ, если гнев пациента является оскорбительным. Порой пациенты переступают черту, разделяющую здоровое выражение гнева и грубое обращение с психотерапевтом. Пациенты переступают эту черту, когда обращаются к психотерапевту с оскорблениями и попытками унизить его, нападают на него, ругают его, кричат на него так громко, что это отвлекает других, пытаются физически доминировать над психотерапевтом или угрожают нанести ущерб самому психотерапевту либо его имуществу.

Психотерапевту не следует быть терпимым к подобному поведению, поэтому он реагирует подобным образом: "Нет, я не могу позволять вам делать это. Вы должны перестать кричать на меня. Это нормально, что вы даете волю своему гневу, но на меня нельзя кричать". Если пациент по-прежнему не перестает вести себя оскорбительно, психотерапевт назначает последствия: "Я хотел бы, чтобы вы вышли в приемную на несколько минут, пока не успокоитесь. Когда вы успокоитесь, то можете вернуться и продолжить рассказывать мне о своем гневе, но не кричать на меня". Психотерапевт доносит до пациента два послания: во-первых, что он хочет услышать о гневе пациента; во-вторых, что пациент должен выражать гнев в установленных границах. Далее в главе мы обсудим установление границ.

На самом деле большинство пациентов с ПРЛ не ведут себя оскорбительно по отношению к психотерапевту, хотя их гнев может быть весьма интенсивным. Когда пациент пребывает в Режиме Сердитого ребенка и ведет себя оскорбительно, психотерапевт реагирует, выполняя по порядку следующие четыре шага: 1) "вентиляция" эмоций; 2) сопереживание; 3) проверка реальности; 4) репетиция надлежащей ассертивности. Мы опишем эти шаги один за другим.

1. *"Вентиляция" эмоций.* Во-первых, психотерапевт позволяет пациенту полностью выразить свой гнев. Это помогает пациенту успокоиться и стать восприимчивым ко второму шагу. Психотерапевт говорит: "Расскажите мне об этом побольше. Объясните, почему вы злитесь на меня". Психотерапевт дает пациенту широкие возможности для выражения гнева, даже если его интенсивность кажется необоснованной или преувеличенной. Если при этом психотерапевт проявит эмпатию, то гнев, скорее всего, нейтрализуется. Поскольку это не изначальная терапевтическая цель, для психотерапевта важно принять в разговоре ровный или нейтральный тон вместо сочувствующего и просто повторять: "Из-за чего еще вы сердитесь на меня?"
2. *Сопереживание.* Во-вторых, психотерапевт сопереживает базовым схемам пациента. В основе гнева пациента обычно лежит чувство покинутости, депривированности или обиды. Сердитый ребенок — это ответ на неудовлетворенные потребности Уязвимого ребенка.
   Психотерапевт говорит что-то вроде: "Я знаю, что вы сейчас сердитесь на меня, но я думаю, что в основе вашего гнева — боль. Вы чувствуете, что я не забочусь о вас. В основе вашего гнева — ваше чувство, что я бросил вас". Психотерапевт пытается обозначить происходящее в терминах схема-терапии.
   Цель сопереживания — перевести пациента из Режима Сердитого ребенка в режим Покинутого ребенка. Затем психотерапевт сможет применить к Покинутому ребенку замещающее родительство и устранить источник гнева.

3. *Проверка реальности.* В-третьих, психотерапевт помогает пациенту проверить реальные обстоятельства, связанные с источником гнева и его интенсивностью. Был ли гнев пациента действительно оправданным или он основан на недоразумении? Существует ли альтернативное объяснение? Насколько гнев соответствует ситуации? После того как пациент выполнил "вентиляцию" эмоций и почувствовал, что психотерапевт ему сопереживает, он, как правило, готов приступить к проверке реальности.

   Психотерапевт не занимает ни позицию обороны, ни позицию наказания, и признает любые реалистичные объяснения гнева пациента. Существует тонкая грань между проверкой действительности и защитой. Если в том, что говорит пациент, есть доля истины, психотерапевт признает это и приносит свои извинения. Психотерапевт говорит: "Вы правы" и "Извините".

   Затем психотерапевт вступает в конфронтацию с искаженными, преувеличенными аспектами гнева пациента, — как правило, посредством личного самораскрытия: "С другой стороны, когда вы говорите, что я совершенно не забочусь о вас, я чувствую, что вы слишком отдаляетесь". Психотерапевт делится своими ощущениями — каково это, когда пациент так говорит? "Когда вы говорите, что я совсем не забочусь о вас, это заставляет меня чувствовать, что все мои попытки показать вам, что я забочусь, для вас ничего не значат". Психотерапевт также делится тем, каково это — испытывать гнев пациента, когда он выражает его ненадлежащим образом: "Когда вы так кричите на меня, я не могу слышать, что вы говорите. Все, что я слышу, — это ваш крик. И я хочу, чтобы вы прекратили".
4. *Репетиция надлежащей ассертивности.* В-четвертых, если гнев пациента существенно ослабел после первых трех шагов, психотерапевт и пациент переходят к финальному шагу, в котором практикуется надлежащая ассертивность. Психотерапевт спрашивает пациента: "Если бы вы могли сделать это снова, как бы вы выразили свой гнев на меня? Как бы вы могли выразить свои потребности и чувства, чтобы не заставлять окружающих, например, меня, занимать позицию обороны?" При необходимости, психотерапевт моделирует ассертивное поведение, а затем пациент практикует его. Психотерапевт помогает пациенту научиться выражать гнев более подходящим, ассертивным образом.

Экспериенциальная работа. Работая над переживаниями, пациенты в полной мере выражают гнев по отношению к значимым другим, которые плохо с ними обращались в детстве или во взрослой жизни. Психотерапевт побуждает пациентов выражать себя любым способом, который им нравится, даже представлять, что они нападают на людей, которые причиняли им боль. (Исключением, конечно же, является пациент, в анамнезе которого присутствует история насильственного поведения: психотерапевты не должны вовлекать его в фантазии на тему насилия.)

Тем не менее, большинство пациентов с ПРЛ не имеют в анамнезе историй насильственного поведения; напротив, у них гораздо чаще присутствует история виктимного поведения. Вместо того чтобы проявлять насилие, они сами были пострадавшими. Это упражнение — представить себе борьбу с людьми, которые причиняли им вред — помогает таким пациентам выразить свой гнев во время работы над образами. Выполняя

такую работу, пациенты чувствуют себя более сильными, а не беспомощными, как прежде. "Вентиляция" эмоций путем выражения гнева помогает им освободиться от удушающих эмоций и представить текущую ситуацию в перспективе. Пациенты могут провести с психотерапевтом ролевую игру, в которой они практикуют выражение гнева. Они могут писать гневные письма, адресованные людям, причинившим им вред (хотя обычно и не отправляют их). Во время выполнения экспериенциальных упражнений пациенты также могут выражать свой гнев физически, например, бить кулаками по подушке или по мягкой мебели.

Пациенты практикуют более здоровые способы выражения гнева в своей жизни. Они используют работу над образами или ролевые игры с психотерапевтом, чтобы выработать конструктивные способы поведения в проблемных ситуациях. Работая с режимами, они могут проводить переговоры между Сердитым ребенком и Здоровым взрослым, а также между другими режимами с целью поиска компромиссов. Обычно компромисс заключается в том, что пациент может выражать гнев или отстаивать свои потребности, но он должен делать это надлежащим образом. Например, пациентке не следует кричать на своего партнера, а вместо этого нужно спокойно сказать о том, что ее огорчает.

Когнитивная работа. Как мы уже говорили, информирование пациента в отношении нормальных человеческих эмоций является важной частью лечения пациентов с ПРЛ. Особенно важно объяснить пациентам значение гнева. Пациенты с ПРЛ склонны думать о гневе как о чем-то плохом. Психотерапевт уверяет их, что гнев не так уж плох; чувство гнева и правильное его выражение — это нормальное и здоровое явление. Дело не в том, что гнев сам по себе плох; скорее, способ его выражения проблематичен. Нужно научиться выражать свой гнев более конструктивно и эффективно. Вместо того чтобы перейти от пассивности к агрессии, нужно найти золотую середину, применяя навыки ассертивности.

Психотерапевт обучает пациентов техникам проверки реальности, чтобы они могли сформулировать более реалистичные ожидания в отношении окружающих. Пациенты осознают свое категоричное, "черно-белое" мышление и перестают импульсивно реагировать на незначительные эмоции. Пациенты могут использовать копинг-карточки, чтобы помочь себе сохранить самообладание. Испытывая гнев, пациенты берут таймаут и перечитывают копинг-карточку, *прежде* чем реагировать. Вместо того чтобы кидаться в атаку или закрываться в себе, они обдумывают, как лучше выразить свой гнев.

Например, одна наша пациентка по имени Доминика часто отправляла сообщения на пейджер своему парню Алану и приходила в ярость, когда он не перезванивал ей немедленно. С помощью психотерапевта она составила следующую копинг-карточку.

- Сейчас я злюсь, потому что отправила сообщение Алану, а он не позвонил мне. Я расстроена, потому что нуждаюсь в нем, но он сейчас не рядом со мной. Я считаю, что он больше не заботится обо мне. Я боюсь, что он хочет расстаться со мной. Я хочу писать ему снова и снова, пока он мне не ответит. Я хочу отговорить его бросать меня.
- Однако я знаю, что это срабатывает моя схема Покинутости/Нестабильности. Она заставляет меня думать, что Алан собирается меня бросить. Доказательством того, что схема неверна, является то, что я думала о желании Алана бросить меня

миллион раз и всегда ошибалась. Вместо того чтобы писать ему или отговаривать его, я собираюсь дать ему преимущество — поверить в то, что у него имеется веская причина не перезванивать мне немедленно, и что он перезвонит мне, как только сможет. Когда он, наконец, сможет уделить мне внимание, я отвечу ему спокойно и с любовью.

Также для пациента может оказаться полезным вырабатывать альтернативные объяснения поведения окружающих. Например, только что упомянутая пациентка может составить список альтернативных объяснений того, почему ее парень не перезванивает ей сразу же, включая такие пункты как “Он занят на работе”, “У него нет сейчас возможности набрать меня” и “Он ждет более подходящего времени для звонка”.

Поведенческая работа. Пациент практикует техники управления гневом и ассертивности: как в работе над образами, так и в ролевых играх на сеансах, а также в рамках домашних заданий между сеансами.

Мы обсудим эти и другие когнитивно-поведенческие техники в следующем разделе.

Опасности при работе с режимом Разгневанного ребенка. Когда пациент находится в режиме Сердитого ребенка, особенно высок риск контртерапевтического поведения психотерапевта. Одна опасность, о которой мы уже упоминали, заключается в том, что терапевт может стать излишне защищающимся и отрицать реалистичные объяснения реакций пациента. Психотерапевты должны работать над собственными схемами, чтобы реагировать терапевтическим образом, когда их схемы активируются режимом Сердитого ребенка пациента.

Более серьезная опасность состоит в том, что психотерапевт может переходить в контратаку. Если психотерапевт начинает “мстить”, нападая на пациента, это запускает режим Наказывающего родителя, и пациент может присоединиться к атаке психотерапевта на самого себя.

Другая опасность состоит в том, что терапевт может психологически отстраниться. Когда пациент с ПРЛ находится в режиме Сердитого ребенка, психотерапевт часто эмоционально отключается, переходя в свой режим Отстраненного Защитника. Психологическое отстранение со стороны психотерапевта сообщает пациенту, что психотерапевт не может сдерживать гнев на него. Кроме того, отстранение, вероятно, запустит у пациента его схему Покинутости/Ненадежности, так как психотерапевт теряет с ним связь.

В другой крайности психотерапевт может позволить пациенту зайти слишком далеко в своем выражении гнева, — до той точки, где пациент переходит на оскорбления. Такое поведение со стороны психотерапевта болезненным образом подкрепляет в пациенте Сердитого ребенка. Психотерапевт позволяет пациенту не сдерживать себя в выражении агрессии, и ему не удается установить адекватные границы. Если пациент покидает сеанс с ощущением, что его агрессия была полностью обоснована, значит, психотерапевт, скорее всего, недостаточно поработал над проверкой действительности и над установлением границ.

Другой риск заключается в том, что после сеанса пациент может переключиться на режим Наказывающего родителя, чтобы наказать себя за то, что разозлился на психотерапевта. Пациенту важно услышать, что его злость не делает его “плохим”, что психотерапевт не хочет, чтобы он занимался самонаказанием, а хочет ему помочь.

Психотерапевт говорит: "Вы не становитесь плохим из-за того, что сердитесь на меня, поэтому я не хочу, чтобы вы наказывали себя после сеанса. Если ваш Наказывающий родитель начнет вас наказывать, вам нужно остановить его; и если вы не можете этого сделать, вам нужно позвонить мне, чтобы это сделал я. Я не хочу, чтобы вы пострадали из-за того, что произошло на нашем сегодняшнем сеансе".

Последняя опасность заключается в том, что пациент может прекратить терапию, потому что злится на психотерапевта. Однако мы обнаружили, что в большинстве случаев, если психотерапевт позволяет пациенту полностью выразить свои чувства в адекватных пределах, при этом обеспечивая его эмпатией, пациент не прекращает терапию. Пациент чувствует, что его принимают, и поэтому продолжает посещать сеансы.

Помощь Сердитому ребенку и Покинутому ребенку в совладании

Далее мы описываем различные когнитивно-поведенческие техники, помогающие пациентам совладать с ситуацией, когда они находятся в режимах Сердитого ребенка или Покинутого ребенка либо подвергаются нападкам со стороны Наказывающего родителя. Хотя эти техники могут быть применены в любой момент лечения, когда пациент будет восприимчив к их освоению, мы обычно стараемся обучать им как можно раньше, на первом этапе работы.

Медитация осознанности

Это особый вид медитации, который помогает пациентам успокоиться и научиться управлять своими эмоциями (*Linehan, 1993*). Вместо того чтобы подавлять эмоции или дойти до перегруженности эмоциями, пациент наблюдает за своими эмоциями, не воздействуя на них. Пациент сосредоточивается на настоящем моменте, обращая внимание на сенсорные аспекты своих переживаний. Пациентов просят сосредоточиться на медитации осознанности, пока они не успокоятся и не смогут рационально оценить ситуацию. Благодаря этому их действия будут осмысленными, а не импульсивными.

Например, пациент может практиковать медитацию осознанности в качестве копинговой техники с целью самоуспокоения. Столкнувшись с неприятной ситуацией, он использует медитацию как способ успокоиться, что дает ему возможность обдумать ситуацию. Он сосредоточивается на настоящем моменте, наблюдает за своими эмоциями, не воздействуя на них, и отслеживает свои мысли. Неприятные чувства — это сигнал, который предупреждает пациента о необходимости выполнить упражнение на медитацию.

Приятные занятия для обеспечения заботы о самом себе

Психотерапевт рекомендует пациенту заботиться о своем Покинутом ребенке, занимаясь приятными делами. Выбор конкретных занятий зависит от самого пациента, от того, что именно он находит приятным. Например, можно принять ванну с пеной, сделать себе небольшой подарок, пойти на массаж или обниматься с любимым человеком. Такие занятия противодействуют чувствам депривации и бесполезности пациента. Психотерапевт может назначить их в качестве домашнего задания.

Когнитивные копинговые техники

Копинг-карточки — наиболее полезная стратегия для многих пациентов с ПРЛ. Пациент носит эти карточки с собой и перечитывает их всякий раз, когда расстраивается или когда активирован один из его режимов. Психотерапевт составляет копинг-карточки вместе с пациентом. Карточки могут быть написаны психотерапевтом или пациентом от руки. Психотерапевт обычно составляет разные карточки для различных ситуаций-триггеров — например, когда пациент злится, когда его разочаровывает друг, когда на него сердится начальник, когда его партнер говорит, что ему нужно побыть одному. Кроме того, у нас есть одна или несколько карточек для каждого из четырех режимов.

Чтобы помочь психотерапевтам составлять копинг-карточки, мы предлагаем использовать наш шаблон (см. рис. 3.1). Ниже приведен пример копинг-карточки, составленной на основе этого шаблона и предназначенной для перечитывания пациенткой во время отпуска психотерапевта. Психотерапевт персонализирует копинг-карточку для каждого пациента.

- Сейчас я чувствую себя напуганной и разгневанной, потому что мой психотерапевт уезжает в отпуск. Мне хочется нанести себе порез или ожог. Однако я знаю, что эти чувства — мой режим Покинутого ребенка, который я развила из-за родителей, злоупотреблявших алкоголем и оставлявших меня надолго одну. В режиме Покинутого ребенка я обычно преувеличиваю вероятность того, что люди никогда не вернутся, что они не заботятся обо мне.
- Несмотря на то что я верю, что мой психотерапевт не вернется, не захочет меня увидеть снова или умрет, действительность такова, что он вернется, будет в безопасности и захочет увидеть меня снова. Доказательства из моей жизни, подтверждающие здоровую точку зрения, включают в себя тот факт, что он каждый раз, когда уходил раньше, всегда возвращался, всегда был в порядке и заботился обо мне.
- Поэтому, даже если мне хочется причинить себе боль, я сделаю для себя что-то хорошее. Я позвоню запасному психотерапевту, буду проводить время с людьми, которые меня любят, делать что-нибудь приятное (прогуляюсь, позвоню другу, послушаю музыку, сыграю в игру). Кроме того, я послушаю успокаивающую аудиозапись с голосом психотерапевта (или другого переходного объекта), чтобы помочь себе справиться с тревогой.

Помимо составления копинг-карточек, психотерапевт может наговорить на диктофон запись, которую пациент будет воспроизводить дома. Для пациента может быть полезным услышать голос психотерапевта. Важно также позаботиться о том, чтобы копинг-карточка была портативной; тогда пациент сможет всегда иметь ее при себе и обращаться к ней в случае необходимости. Многие пациенты сообщают нам, что, когда у них есть при себе копинг-карточки, возникает чувство, что их психотерапевт рядом с ними.

Дневник схемы (см. рис. 3.2) является более "продвинутой" техникой, поскольку, в отличие от копинг-карточек, требует от пациента выработки собственных ответов на огорчающие ситуации. Дневник схемы следует заполнять, когда пациент чувствует

себя расстроенным и не знает, как с этим справиться. В некотором смысле это похоже на "Дневник дисфункциональных мыслей" в когнитивной терапии (*Young et al., 2001, p. 279*). Заполнение дневника помогает пациенту осмыслить проблему и выработать здоровую реакцию. Форма является посредником для режима Здорового взрослого. Пациент начинает работу над дневником схемы, как правило, позже в терапевтическом процессе.

Тренинг ассертивности

Во время терапии важно провести для пациентов с ПРЛ тренинг ассертивности, чтобы они узнали о более приемлемых способах выражения своих эмоций и удовлетворения своих потребностей. Как мы уже отмечали, такие пациенты особенно нуждаются в навыках адекватного выражения гнева, поскольку большинство из них склонны метаться от крайней пассивности к крайней агрессии. Пациенты изучают управление гневом в сочетании с тренингом ассертивности: приемы управления гневом учат пациентов самоконтролю над вспышками гнева; тренировка ассертивности обучает адекватным способам выражения гнева. Психотерапевт и пациент разыгрывают роли в различных ситуациях из жизни пациента, которые требуют навыков ассертивности. Обычно пациент играет сам себя, а психотерапевт — роли других персонажей в заданной ситуации, хотя любая другая конфигурация тоже может быть полезной. Как только пациент вырабатывает здоровый ответ, они с психотерапевтом репетируют его, пока пациент не почувствует себя достаточно уверенно, чтобы перенести его в реальную жизнь.

Прежде чем обратить внимание пациента на поведенческие техники на сеансе, психотерапевт дает пациенту возможность выразить все свои эмоции относительно огорчающей его ситуации и связанных с ней ситуаций в детстве. Пациентам с ПРЛ необходимо осуществить "вентиляцию" эмоций, прежде чем они смогут начать применять поведенческие стратегии, иначе у них не будет возможности сосредоточиться на необходимом уровне ассертивности.

Установление границ

Основные рекомендации

При установлении границ психотерапевты придерживаются следующих основных рекомендаций.

1. *Границы основаны на безопасности пациента и на личных правах психотерапевта.* Принимая решение о границах, схема-терапевты задают себе два вопроса: "Будет ли пациент в безопасности?" и "Буду ли я жалеть о том, на что сейчас соглашаюсь?" (Психотерапевт также задается вопросом безопасности других людей, хотя в случае с пациентами с ПРЛ это становится проблемой достаточно редко.) Безопасность пациента является главным аспектом при установлении границ. Психотерапевт должен сделать все необходимое, чтобы убедиться, что пациент в безопасности, независимо от того, будет ли сам психотерапевт задет при этом. Если пациент действительно в опасности (и если психотерапевт уже испробовал

другие стратегии), психотерапевт должен установить такие границы, которые будут обеспечивать безопасность. Даже если пациент звонит посреди ночи или во время отпуска психотерапевта, психотерапевт должен предпринять шаги, чтобы спасти пациента (например, обратиться в полицию, а затем продолжать говорить с пациентом по телефону до ее прибытия).

Однако если пациент в безопасности, но просит психотерапевта о чем-то, что может расстроить или обидеть психотерапевта, и о чем он впоследствии пожалеет, то он не должен соглашаться на это. Психотерапевт должен выразить отказ в персонализированной форме, как описано ниже.

2. *Психотерапевт не должен начинать с пациентом работу, которую не смогут продолжать выполнять, если только изначально не объяснит пациенту, что будет это делать лишь в течение определенного периода времени.* Например, психотерапевт не может в течение трех недель читать пространные письма, ежедневно приходящие от пациента, а затем внезапно заявить, что это противоречит его правилам, и прекратить делать это.

   Однако если пациент переживает кризис, психотерапевт может согласиться выходить на связь с пациентом ежедневно, пока кризис не пройдет, объясняя пациенту, что это будет продолжаться в течение ограниченного периода времени. Например, психотерапевт может сказать: "В течение следующей недели я хотел бы каждый вечер выходить с вами на связь на несколько минут, пока вы не преодолеете кризис".

   Важно, чтобы психотерапевты заранее установили границы, а затем соблюдали их. На пике кризисной ситуации психотерапевту лучше апеллировать к уже существующим границам, чем пытаться установить их по ходу дела.

3. *Психотерапевт устанавливает границы в персонализированной форме.* Вместо того чтобы обезличенно обосновывать границы (например, "Политика нашего центра запрещает суицидальное поведение"), психотерапевт делает это в более личной форме ("Ради своего спокойствия я должен знать, что вы в безопасности"). Психотерапевт прибегает к самораскрытию собственных намерений и чувств всякий раз, когда это возможно, и избегает критикующего или жесткого тона. Чем больше персонализированных обоснований для границ озвучивает психотерапевт, тем с большей готовностью пациенты будут их принимать и стараться соблюдать. Эта политика соответствует нашей общей позиции замещающего родительства.

4. *Психотерапевт устанавливает границу тогда, когда пациент впервые ее нарушает.* За исключением случаев, когда пациент крайне плохо себя чувствует или госпитализирован, психотерапевты не сообщают о своих границах заранее и не заключают с пациентом четкий договор (за исключением необычных случаев). Такой список правил воспринимался бы слишком жестким и "клиническим" в контексте замещающего родительства. Скорее, впервые психотерапевт устанавливает границы и объясняет их суть, когда пациент вторгается в его личное пространство. При этом психотерапевт не налагает никаких последствий, пока в следующий раз границы снова не будут нарушены пациентом. Далее мы объясним это более подробно.

Психотерапевт объясняет, почему важно установить границы, и сопереживает трудностям пациента в их соблюдении. Психотерапевт прибегает к самораскрытию, чтобы подчеркнуть важность границ, озвучивая свои чувства беспокойства или разочарования. Психотерапевт пытается понять причину нарушения границ и ответственные за это режимы.

5. *Психотерапевт устанавливает естественные последствия за нарушение границ.* Когда это возможно, психотерапевт устанавливает последствия за нарушение границ, которые естественным образом следуют из того, что сделал пациент. Например, если пациент звонит психотерапевту чаще, чем они договаривались, психотерапевт устанавливает период времени, в течение которого пациент не может беспокоить его звонками. Если пациент выражает гнев неуместным образом (например, кричит на психотерапевта) и не перестает это делать, психотерапевт покидает на некоторое время свой кабинет или делает следующий сеанс короче на определенное количество минут, соответствующее проявлениям неадекватного гнева. Если пациент ведет себя саморазрушительно (например, употребляет наркотики), то психотерапевт настаивает на том, чтобы он предпринял шаги для обеспечения своей безопасности, например с помощью повышения уровня заботы о себе.

Само по себе знание того, что психотерапевт огорчен поведением пациента, обычно является мощным сдерживающим фактором. Когда психотерапевт много раз повторяет: “То, что вы делаете, расстраивает меня” или “Я злюсь на то, что вы делаете”, этого оказывается достаточно. Если нет, то психотерапевт прибегает к другим последствиям. Например, если пациент продолжает излишне часто связываться с психотерапевтом, сообщая о своем суицидальном поведении, психотерапевт отвечает: “Если вы будете продолжать звонить мне так часто, мы должны будем условиться о другой процедуре для вас на случаи, когда вы переживаете суицидальные побуждения. Например, это может быть обращение в отделение неотложной помощи”.

По мере терапевтического прогресса мы, как правило, устанавливаем все более и более жесткие границы. Мы менее строги в начале терапии, до того, как у пациента сформировалась сильная привязанность к психотерапевту. Как правило, чем сильнее привязанность к психотерапевту, тем больше у пациента собственной мотивации придерживаться границ, установленных психотерапевтом.

Когда границы нарушаются вторично, психотерапевт выражает неодобрение и выполняет обещанное, объясняя, какие последствия возникнут в следующий раз при нарушении договоренностей. Такие последствия должны быть более серьезными, чем те, которое предназначались для первого нарушения. Если границы серьезно нарушены, может возникнуть необходимость резко усилить последствия. Психотерапевт должен сделать все необходимое для обеспечения безопасности пациента, включая его госпитализацию. После того как психотерапевт обеспечит безопасность пациента, он снова исследует причины нарушения границ с точки зрения схем и режимов.

При нарушении границ в третий раз психотерапевт налагает еще более серьезные последствия, такие как временный перерыв в терапии или временная передача пациента другому психотерапевту. Психотерапевт может предупредить о возможности окончательного прекращения терапии, если границы нарушатся в четвертый раз.

Области, в которых психотерапевты устанавливают границы

Существуют четыре области, в которых психотерапевтам необходимо устанавливать границы при взаимодействии с пациентами с ПРЛ. В этом разделе мы объясняем, каким образом общие рекомендации, перечисленные здесь, могут быть применимы к каждой области.

Ограничение контактов вне терапии. Первая область — ограничение контактов врача с пациентом. Мы считаем, что психотерапевты, работающие с "пограничными" пациентами, должны быть готовы к возможному возникновению необходимости иногда предоставлять пациентам дополнительное время вне сеансов. Сколько именно? Как наши рекомендации проясняют эту проблему?

Наше первое правило гласит, что, как только психотерапевты обеспечат безопасность пациента, они не должны соглашаться делать для него все, что потом их будет возмущать. Иначе говоря, психотерапевты должны делать только то, в чем они чувствуют себя комфортно: они должны так контактировать с пациентом вне терапевтических сеансов, чтобы им было комфортно, чтобы не испытывать раздражение. Как правило, пациенты могут извлечь пользу из такого количества контактов, какое им только может предоставить психотерапевт, — они действительно сильно нуждаются в его заботе. Психотерапевты должны задать себе вопрос: "Сколько времени и заботы я готов предоставлять этому пациенту, чтобы самому не испытывать раздражения?" Чтобы на него ответить, психотерапевты должны хорошо себя знать. Ограничения в отношении внетерапевтических контактов являются личным делом психотерапевта и зависят только от него. Например, некоторые психотерапевты позволяют пациентам оставлять сообщения на своих автоответчиках, если те испытывают дистресс. До тех пор, пока пациенты не злоупотребляют такой привилегией и не оставляют излишне длинных сообщений, психотерапевты чувствуют себя комфортно. Для других психотерапевтов такое положение вещей было бы дискомфортным, поэтому им не следует с ним соглашаться.

Психотерапевты не должны инициировать или разрешать любой внетерапевтический контакт, если они не смогут его поддерживать в течение длительного времени, за исключением ограниченного, конкретного периода времени. Например, психотерапевт не должен начинать ночные разговоры с пациентом по телефону, если он затем скажет, что это слишком, и оборвет связь. Если психотерапевт видит необходимость в частой проверке состояния пациента, он назначает эту процедуру с определенной периодичностью, скажем, ежедневно или еженедельно.

Психотерапевтам следует сообщать пациентам о своих границах сразу, когда пациенты впервые их нарушают, и делать это в персонализированной форме. Например, пациент может инициировать большее количество телефонных звонков, чем было бы комфортно для психотерапевта. Психотерапевт говорит с ним с точки зрения своих личных чувств, а не профессиональных правил. Это может звучать как-то так:

"Если вы хотите дополнительного общения в виде одного 10-минутного телефонного разговора в неделю, для меня это было бы вполне допустимо. Это нормально, и я был бы рад поговорить с вами. Но сейчас вы звоните мне два-три

раза в неделю, что меня не очень устраивает. Я чувствую, что для меня это слишком много, учитывая наличие у меня других обязательств, и я не хочу испытывать раздражение по этому поводу".

Если возможно, психотерапевту следует установить границы лично, на следующем сеансе, а не по телефону.

Психотерапевт устанавливает естественные последствия за нарушения пациентом границ. Психотерапевт делает это посредством эмпатической конфронтации. В качестве примера, рассмотрим следующий сценарий: пациентка с ПРЛ трижды за неделю отправляет психотерапевту электронные сообщения, которые не связаны с экстренными ситуациями (например, ее парень опаздывает на свидание). Психотерапевт попросил пациентку прибегать к сообщениям лишь в экстренных случаях. Прежде чем установить последствия, психотерапевт сопереживает чувствам, которые пациентка должна была испытывать в течение прошедшей недели, когда писала эти сообщения. Психотерапевт говорит: "Вы много раз писали мне на прошлой неделе, и я знаю, что это связано с тем, что вы переживаете кризис, и с вами происходит много неприятных вещей".

Затем психотерапевт в персонализированной форме объясняет, что не так в поведении пациентки:

"Несмотря на то, что я о вас забочусь, ваши частые сообщения на прошлой неделе были для меня стрессом. Меня это раздражало, а я не хотел бы испытывать подобных чувств. Если вы будете продолжать писать мне так часто (здесь психотерапевт уточняет позволительное количество сообщений), я перестану отвечать на ваши сообщения, и мы установим для вас другой способ справляться с экстренными ситуациями. Например, обращение в отделение неотложной помощи. Я не хочу, чтобы так было. Я хочу сам быть тем человеком, который оказывает вам неотложную помощь в случае необходимости. Вы можете понять, как я себя чувствую?"

Пациенты с ПРЛ обычно эмпатичны и способны понять позицию психотерапевта, когда она представлена в персонализированной форме. Психотерапевт помогает пациенту найти замену проблемному поведению: "Есть ли какие-либо другие меры, которые вы могли бы предпринять, чтобы помочь себе в кризисных ситуациях, например, оставить мне сообщение на автоответчике или позвонить на телефон доверия?"

В дополнение к установлению границ и моделированию ассертивности, психотерапевт преподает пациенту урок о природе гнева. Это помогает пациенту понять собственный паттерн поведения — что его собственный невыраженный гнев накапливается до тех пор, пока пациент не переключится в режим Сердитого ребенка. Психотерапевт и пациент изучают, как преодолеть этот паттерн, обращаясь к источникам раздражения, прежде чем из них произрастет гнев.

Обращение к психотерапевту при суицидальном и парасуицидальном состояниях. Психотерапевт просит пациента пообещать, что он не предпримет попытку самоубийства, не связавшись перед этим с психотерапевтом. Это обещание является обязательным условием терапии. Психотерапевт настаивает на таком обещании, когда пациенты впервые рассказывают о своих суицидальных попытках в прошлом. Пациенты должны

согласиться с установленным правилом, если хотят продолжать терапию. Пациенты с ПРЛ во время сеансов могут озвучивать свое желание совершить самоубийство, но не могут идти на поводу у этого желания: пациенты должны поговорить с психотерапевтом непосредственно перед тем, как приступать к суицидальным действиям, чтобы у психотерапевта была возможность остановить их.

Мы обнаружили, что бесполезно требовать от пациентов с ПРЛ обещания, что они не будут совершать самоубийство, потому что их суицидальные побуждения не контролируются ими и поэтому неподвластны копинговым механизмам. Многие пациенты с ПРЛ отказываются давать обещание не совершать самоубийство. Вместо того чтобы отказывать им в лечении, мы видоизменили это требование, попросив пациентов позвонить и связаться с психотерапевтом, прежде чем осуществить попытку суицида. Пациенты с ПРЛ склонны рассматривать это требование как проявление заботы и охотно с ним соглашаются.

Психотерапевт предоставляет пациенту номер домашнего или мобильного телефона на случай экстренной необходимости. Мы считаем, что психотерапевты, которые занимаются лечением пациентов с ПРЛ, должны быть готовы предложить такой доступ как крайне важный компонент отношений замещающего родительства. "Суррогаты", такие как коллега психотерапевта или врач бригады скорой помощи, не будут адекватной заменой, за исключением случаев, когда психотерапевт недоступен; в этом случае психотерапевт предоставляет пациенту возможность связаться с кем-то еще. Психотерапевт объясняет, что перезванивать на домашний или мобильный телефон следует исключительно в жизненно важных ситуациях, и устанавливает последствия нарушения своих личных границ.

Соблюдение определенных правил при суицидальном и парасуицидальном поведении. Чтобы продолжать терапию, пациенты должны дать обещание не только связаться с психотерапевтом перед попыткой совершить самоубийство, но и следовать определенной иерархии правил, которые устанавливает психотерапевт для борьбы с суицидальными кризисами. Мы обсуждаем эти правила в соответствующем разделе. Здесь же мы хотим подчеркнуть, что психотерапевт устанавливает границы: всякий раз, когда у пациента возникает желание совершить самоубийство, он должен придерживаться определенной последовательности шагов. Именно психотерапевт, а не пациент, определяет эти шаги. Психотерапевт — это высший авторитет в отношении того, какие шаги должен предпринять пациент, чтобы быть в безопасности.

Психотерапевт устанавливает эти границы, когда пациент впервые высказывает мысли о суициде. Если пациент отказывается придерживаться границ, даже после предупреждения, психотерапевт проводит пациента через текущий суицидальный кризис, а затем прекращает работу с ним. Психотерапевт заранее предупреждает пациента о том, что именно произойдет, если он откажется придерживаться правил, и психотерапевт дает пациенту шанс пересмотреть свое отношение и оставаться в пределах установленных границ. Психотерапевт говорит: "Я уважаю ваши права, а вы должны уважать мои. Я не могу работать с вами как со своим пациентом, зная, что если вы испытаете суицидальные побуждения, то не будете следовать правилам, которые, по моему мнению, важны для вашей безопасности. Это вызывает у меня тревогу, и я не могу так работать".

Ограничение импульсивного саморазрушительного поведения. Пациенты с ПРЛ могут быть настолько подавлены своими невыносимыми эмоциями, что импульсивные, саморазрушительные формы поведения, такие как порезы или злоупотребление психоактивными веществами, могут казаться им единственными способами освободиться от давления. Обучение пациентов навыкам совладания, например тем, которые мы описали выше, может помочь пациентам нормально переживать стресс, но порой, когда их страдания становятся невыносимыми, они прибегают к своим старым копинговым стратегиям. До тех пор пока между ними не будет установлена прочная связь, психотерапевт, вероятно, не сможет заставить пациента полностью прекратить саморазрушительные действия. Психотерапевт пытается установить жесткие ограничения, но понимает, что в начале терапии необходимо будет терпеть подобное поведение, потому что пациент недостаточно стабилен, чтобы полностью его прекратить. Тем не менее, психотерапевт ожидает, что в течение примерно полугода терапии пациент больше не будет слишком часто его проявлять.

Как только пациенты с ПРЛ устанавливают прочную связь с психотерапевтом и могут непосредственно выражать гнев по отношению к психотерапевту и к другим людям, импульсивное саморазрушительное поведение начинает существенно меняться, за исключением крайних обстоятельств, таких как разрыв долговременных отношений.

За таким поведением может стоять любой из четырех режимов, хотя чаще всего это Сердитый и Импульсивный ребенок. Часто такое поведение возникает вследствие того, что пациенты злятся на кого-то и не могут прямо об этом сказать. Гнев пациента нарастает, в конечном итоге проявляясь в форме импульсивного саморазрушительного поведения. Другие импульсивные действия происходят из режимов Покинутого ребенка, Наказывающего родителя и Отстраненного защитника. Как мы уже отмечали, нанося себе порезы, пациент с ПРЛ может находиться в режиме Покинутого ребенка и пытается использовать физическую боль для отвлечения от эмоциональной боли; или же он может быть в режиме Наказывающего родителя и наказывать себя; или же он может быть в режиме Отстраненного защитника и стремится прорваться сквозь оцепенение, чтобы почувствовать себя живыми. Психотерапевт устанавливает ограничения в соответствии с конкретным режимом, который обусловливает саморазрушительное поведение.

Психотерапевт не допускает деструктивного поведения по отношению к окружающим. Если пациент представляет для них угрозу, психотерапевт устанавливает следующее ограничение: если пациент делает что-либо, что является оскорбительным по отношению к окружающим, например, избивает, преследует или сексуально домогается, психотерапевт должен предупредить человека, который находится в опасности, или вызвать полицию — в зависимости от серьезности поведения. Психотерапевт говорит: "Если я узнаю, что вы собираетесь причинить кому-то вред, я должен буду вмешаться, чтобы остановить вас. Я не позволю вам оскорблять или ранить других людей".

Границы в отношении пропусков и перерывов. Обычно психотерапевт не позволяет пациентам с ПРЛ пропускать сеансы. Пропущенные сеансы — это, прежде всего, проявление режима Отстраненного защитника. Например, если пациентка переключается на режим, тревожащий ее во время сеанса, например на режим Покинутого ребенка или Сердитого ребенка, она может пропустить следующий сеанс, чтобы избежать беспокоящей ситуации. Если пациентка злится на психотерапевта и боится переключения

на режим Сердитого ребенка, она также может пропустить сеанс. Терапия не может продолжаться в таком формате, потому что психотерапевт должен работать с пациентами, когда их режимы активны, иначе прогресса не будет. Пациенты должны соглашаться с требованием регулярного посещения терапевтических сеансов и пропускать их лишь в экстренных случаях (например, по причине болезни, похорон близкого человека, штормового предупреждения и пр.).

Если пациент продолжает пропускать сеансы, психотерапевт устанавливает наказания за пропуски. Например, психотерапевт может сказать: "Если вы пропустите еще один сеанс, я прекращу с вами дополнительные контакты вне сеансов в течение недели", "Если вы снова пропустите сеанс, нам придется сделать перерыв в наших сеансах на одну неделю" или "Если вы пропустите сеанс, то следующий сеанс будет посвящен анализу причин, по которым вы его пропустили".

Психотерапевт устанавливает границы таким образом, чтобы они звучали как забота, а не как наказание. Психотерапевт говорит: "Я делаю это не для того, чтобы наказать вас, или потому, что вы «плохой». Я делаю это потому, что могу помочь вам только в том случае, если вы регулярно приходите на сеансы, даже если вы расстроены. Если вы не приходите на сеансы, я не могу вам помочь. Поэтому я должен устанавливать такие правила, чтобы вы приходили, даже если на самом деле вы не хотите здесь быть".

Несоблюдение правил пациентами с ПРЛ обычно не является частью режима Покинутого ребенка. Исключением являются слишком частые обращения к психотерапевту, обусловленные сепарационной тревогой пациента. Покинутый ребенок зависит от психотерапевта и полагается на него с целью получить наставление, и поэтому, вероятно, будет сговорчив. Несоблюдение происходит обычно из одном из следующих режимов — Отстраненного защитника, Наказывающего родителя, Сердитого и Импульсивного ребенка. Чтобы преодолеть недисциплинированность пациента, психотерапевт работает с этими режимами до тех пор, пока пациент не начнет соблюдать установленные границы.

Например, психотерапевт может попросить пациента провести диалог между режимом, который не соблюдает правил (например, Отстраненным защитником), и Здоровым Взрослым. Психотерапевт может попросить Сердитого и Импульсивного ребенка выразить гнев на психотерапевта по поводу установленных им правил, а затем применить сопереживание и провести проверку действительности. Психотерапевт может попросить пациента активировать каждый режим по очереди, чтобы каждый из них выразил свои чувства по поводу установленных границ.

В конечном итоге способность психотерапевта устанавливать границы зависит от силы его связи с пациентом. Эта связь представляет собой рычаг, помогающий убедить пациента следовать границам. Пациент обычно соглашается следовать им из уважения к чувствам психотерапевта, даже если он не всегда может понять их обоснованность.

Работа с суицидальным кризисом

Психотерапевт следует определенной последовательности шагов независимо от того, находится ли пациент с пограничным расстройством в суицидальном или парасуицидальном статусе.

Повышение частоты контактов с пациентом

Это первый шаг, очень важный; обычно контакт с психотерапевтом является наиболее эффективным средством от суицидальных попыток пациента. Если психотерапевт ежедневно, пока не минует кризис, уделяет несколько минут проверке состояния пациента, зачастую одного этого бывает достаточно. Суицидальный кризис проходит, и психотерапевту не нужно предпринимать дальнейшие шаги.

Психотерапевт оценивает, какой режим порождает суицидальные тенденции пациента, и применяет стратегии, подходящие для этого режима. Если это режим Покинутого ребенка, психотерапевт заботится о пациенте и защищает его. Если это Сердитый и Импульсивный ребенок, психотерапевт позволяет пациенту выразить свои чувства, сопереживает ему, а затем осуществляет проверку действительности. Если это Наказывающий родитель, психотерапевт защищает пациента и борется с карательным голосом. Когда Наказывающий родитель побуждает к подобным действиям, психотерапевт устанавливает границы и на парасуицидальное поведение, так как пациент может прибегнуть к нему, чтобы наказать себя.

Оценка склонности к суициду при каждом контакте

Когда пациент переживает суицидальный кризис, психотерапевт оценивает степень его склонности к суициду каждый раз, когда говорит с ним. Психотерапевт спрашивает: "Каков реальный риск того, что вы навредите себе в промежутках между нашими разговорами?" и может попросить пациента оценить этот риск по шкале (высокий, средний, низкий). Если уровень склонности к суициду высок, психотерапевт переходит к следующему шагу в этой иерархии, на котором получает разрешение на контакт со значимыми для пациента людьми.

Получение разрешения на контакт со значимыми другими

Психотерапевт говорит следующее.

> "Сейчас у нас осталось мало вариантов действий, поскольку вы действительно склонны к нанесению себе вреда. Это либо госпитализация, либо мы должны найти кого-то — друга или члена семьи, — кто сможет оставаться с вами, и будет присматривать за вами до тех пор, пока не пройдет кризис. Есть ли кто-нибудь, с кем вы можете остаться на какое-то время, или кто может оставаться рядом с вами? Если вы не хотите ложиться в больницу, то вам придется разрешить мне поговорить с кем-нибудь из ваших близких, потому что я не чувствую, что вы будете в безопасности".

(*Примечание:* если семейная среда в значительной степени способствовала формированию схем пациента, к ее помощи стоит прибегать лишь в крайнем случае.)

Привлечение котерапевта

Параллельно с этим психотерапевт организовывает консультацию у котерапевта. Этот человек разделяет с ним бремя суицидального кризиса пациента, так что

психотерапевту не нужно нести его в одиночку, а также помогает убедиться, что психотерапевт подбирает оптимальные способы действий. Психотерапевт делится анамнезом пациента с котерапевтом, который выступает в качестве "запасного" психотерапевта. Если пациент не может связаться с основным психотерапевтом, или если между психотерапевтом и пациентом возник конфликт, который они не могут разрешить самостоятельно, то может вмешаться котерапевт. Специалисты, которые занимаются лечением пациентов с ПРЛ, могут работать совместно и поддерживать друг друга, выступая в качестве котерапевтов для пациентов друг друга.

Начать медикаментозное лечение

Если психотерапевт не является психиатром, он назначает пациенту консультацию у психиатра. Психиатр может решать вопросы, связанные с медикаментозным лечением и госпитализацией пациента. Многие пациенты с ПРЛ хорошо реагируют на психотропные препараты. Лекарства могут значительно снизить их страх и боль, позволить им функционировать на более высоком уровне.

Рассмотреть возможность иных терапевтических методов

Психотерапевт рассматривает возможность иных терапевтических методов, которые могут оказать пациенту дополнительную поддержку. В качестве примеров можно назвать дневные стационары, групповую психотерапию, телефонные горячие линии по вопросам кризисов, группы поддержки людей, переживших инцест, группы программы "12 шагов".

Организовать добровольную госпитализацию, если это необходимо

Высокие частота и интенсивность суицидальных кризисов определяют необходимость госпитализации. Если пациент чрезвычайно склонен к суициду в течение длительного периода времени, то ему требуется госпитализация. Психотерапевт говорит: "Если вы постоянно находитесь в ситуации между жизнью и смертью, то для вашей безопасности вам нужно прибегнуть к госпитализации".

Если пациент отказывается обращаться в больницу и совершение суицида кажется неизбежным, психотерапевт госпитализирует пациента без его согласия на то. Психотерапевт делает все необходимое для сохранения жизни пациента, в том числе обращается за помощью в полицию даже без согласия самого пациента. Психотерапевт говорит: "Если вы отказываетесь добровольно обратиться в больницу, у меня не будет другого выбора, кроме как принудительно вас госпитализировать. Я хочу, чтобы вы знали, что, если мне придется сделать это, я больше не буду вашим психотерапевтом". Психотерапевт устанавливает последствия в случае отказа пациента от сотрудничества и дает ему шанс изменить свое решение: "Если вы добровольно ляжете в больницу, я по-прежнему буду вашим психотерапевтом и вернусь к вам, когда вы выйдете оттуда. Если же вы отказываетесь это делать, мне придется организовать принудительную госпитализацию. Я не могу быть вашим психотерапевтом, если вы не принимаете эти правила".

Работа с травматическими детскими воспоминаниями, связанными с жестоким обращением или оставлением

Работа с травматическими детскими воспоминаниями — последний и самый трудный этап работы над переживаниями. Когда психотерапевт выступает в роли гида, пациент переживает травматические воспоминания о жестоком обращении или оставлении (либо это могут быть другие травмирующие ситуации).

Психотерапевт не начинает работу над травматическими образами, пока не будут соблюдены определенные условия. Во-первых, пациент стабилен и функционирует на достаточно высоком уровне, чтобы выдержать процесс, не становясь подавленным воспоминаниями и не впадая в суицидальные переживания. Психотерапевт и пациент могут вместе решить, готов ли пациент к подобной работе. Во-вторых, психотерапевт не приступает к работе над травмирующими образами, пока они подробно не обсудят травму пациента на предыдущих сеансах. Другими словами, психотерапевт и пациент прорабатывают травму на когнитивном уровне, прежде чем приступить к работе над переживаниями. В-третьих, мы считаем, что, прежде чем применять техники работы над образами к травмирующему материалу, психотерапевты должны пройти соответствующее обучение работе с травмой.

Определяющими характеристиками травмы являются страх, беспомощность и ужас (DSM-IV; *APA, 1994*). Эмоции, связанные с травмирующими воспоминаниями, неординарны и чрезмерны. Они подавляют обычную человеческую способность переносить эмоции. Причиненная травма, возникшая в раннем возрасте и повторяющаяся в течение продолжительного периода времени, особенно разрушительна, что, к сожалению, часто характерно для жестокого обращения с детьми и пренебрежения ими.

Психотерапевт помогает пациенту удерживать связанные с травмой эмоции в контексте терапевтических отношений, чтобы пациент не переживал их в одиночку. В конечном счете именно безопасность терапевтических отношений позволяет пациенту переносить эмоции и снова переживать травму. Связь психотерапевта с пациентом нейтрализует то значение, которое пациент обычно приписывает происхождению травмы, приводя его к ощущению своей ничтожности, беспомощности и одиночества. Напротив, стабильная терапевтическая связь позволяет пациенту чувствовать себя ценным, защищенным и связанным с другими людьми, несмотря на травмирующий опыт.

Обоснование необходимости работы над травмирующими переживаниями

Поскольку воспоминания о жестоком обращении могут вызвать болезненные эмоции, важно обосновать для пациентов необходимость их оживления. Без хорошего обоснования повторное переживание насилия при работе над образами может быть скорее травмирующим, чем исцеляющим. Это может причинить боль, а не помочь пациенту.

Психотерапевт представляет логическое обоснование в форме эмпатической проверки реальности. Психотерапевт сочувствует боли пациента, которая возникает при воспоминании о насилии, выражает понимание желания ее избежать, но противостоит реальности ситуации. Чем больше пациент избегает воспоминаний о насилии, тем

более насилие будет доминировать в его жизни; чем больше пациент обрабатывает информацию о насилии, тем меньше власти оно будет иметь над его жизнью. Пока пациент продолжает отделять себя от своих воспоминаний, они будут продолжать подавлять его жизнь, присутствуя в форме симптомов и саморазрушительного поведения; а если пациент сможет вспомнить произошедшее и интегрировать его, он, наконец, освободится от симптомов.

Психотерапевт объясняет, почему необходимо заново пережить насилие. Пациент сначала переживает связанные с травмой эмоции и воспоминания, не блокируя их; а затем, с помощью психотерапевта, он начинает борьбу со своим обидчиком. Это поможет пациенту почувствовать себя в будущем более сильным как в борьбе с прежним обидчиком, так и с любым другим человеком, который попытается его оскорбить. Это также ослабляет влияние травмы на жизнь пациента, поскольку он исследует произошедшее и заново его переосмысливает. Если пациент сможет создать что-то "хорошее" за пределами произошедшей травмы, то он почувствует себя победителем над ней.

Психотерапевт убеждает пациента в том, что будет присутствовать при работе над образами. Психотерапевт говорит: "Я буду здесь с вами. Я помогу вам пережить болезненные чувства". Цель состоит в том, чтобы достичь того момента, когда воспоминания о жестоком обращении уже не будут столь разрушительными для пациента.

Работа над образами травматических событий

Как только пациент понял и принял обоснование, психотерапевт готов начать работу над образами. Чтобы повысить у пациента чувство контроля над ситуацией, психотерапевт начинает с объяснения того, что должно произойти. Психотерапевт говорит следующее:

> "Я собираюсь попросить вас закрыть глаза и представить себе образ жестокого обращения (или покинутости), о котором вы мне рассказывали ранее. Когда образ появится, я хочу, чтобы вы как можно более подробно рассказали мне, что происходит. Говорите в настоящем времени, как будто это происходит прямо сейчас. Если вы испугаетесь и захотите убежать от этого образа, я помогу вам остаться в нем, но, если вы захотите прекратить упражнение, поднимите руку, и мы остановимся. После этого я помогу вам осуществить переход от образа к настоящему моменту, поэтому мы сможем обсудить то, что произошло в образе. Мы сможем говорить об этом так долго, как вы захотите".

Психотерапевт спрашивает, есть ли у пациента вопросы.

Работая с травматическими воспоминаниями, психотерапевт предлагает очень короткие упражнения на визуализацию и часто выжидает пару недель, прежде чем возобновить работу. В течение этого времени психотерапевт и пациент тщательно обсуждают образы. Этот процесс предполагает постепенную экспозицию, а не погружение ("флудинг"). Пациенты часто не хотят в полной мере вовлекаться в травматические образы, особенно в наиболее пугающие их части. Психотерапевт помогает пациенту, постепенно приближаясь к наиболее пугающим образам.

В первый раз, когда пациент описывает образ, психотерапевт говорит очень мало и только тогда, когда пациент застрял и нужно побудить его к продолжению разговора. Во всех иных случаях психотерапевт молчит и слушает. После нескольких успешных сеансов по работе над образами психотерапевт постепенно становится все более и более активным. Когда пациенты начинают блокировать образы, психотерапевт помогает им удерживать их. Когда пациенты переживают воспоминания, психотерапевт помогает им делать это ярко. Целью является повышение эмоциональной вовлеченности пациента в образ. Психотерапевт замедляет действие, задавая вопросы и побуждая пациента рассказывать подробнее о происходящем. Что пациент видит, слышит, чувствует, ощущает на вкус, какой запах улавливает? Каковы телесные ощущения пациента? Что он думает? Какие чувства у него возникают? Могут ли пациенты выразить свои чувства вслух?

Имея дело с травмирующими воспоминаниями, пациент часто может воспроизводить лишь несвязанные образы произошедшего. Он может воспринимать лишь "вспышки" образов или оказаться не в состоянии увидеть целостный образ. У большинства людей, переживших жестокое обращение в детстве, есть определенные моменты, воспоминания о которых для них невыносимы. Когда они пытаются приблизиться к ним в своем воображении, целостная картина распадается. Они могут видеть только серию застывших образов. Часто, когда они вспоминают эти моменты, их переполняют эмоции. Они могут дрожать в страхе, испытывать приплывы тошноты, поднимать руки, пытаясь отогнать образы, или отворачиваться. Психотерапевт помогает пациентам собрать эти фрагменты в последовательное повествование, которое объединяет большинство травматичных образов. Цель состоит в том, чтобы к концу процедуры у пациента оставалось как можно меньше диссоциированных воспоминаний. Психотерапевт должен быть особенно осторожен, избегая внушений, чтобы не создавать ложных воспоминаний. (Этот вопрос более подробно обсуждался в главе 4.)

Психотерапевт побуждает пациентов сделать то, что они не могли делать в детстве, например, дать отпор обидчику. Психотерапевт входит в образ, чтобы помочь пациенту. По нашему мнению, воображаемый отпор обидчику имеет решающее значение в лечении травматических детских воспоминаний. До тех пор, пока пациент не сможет дать отпор обидчику — и, таким образом, собственному режиму Наказывающего родителя, — он не сможет исцелиться от жестокого обращения: мы позволяем пациентам давать отпор любым способом, который они выберут, включая агрессивное поведение, за одним важным исключением. Мы не помогаем пациентам создавать воображаемые образы совершения насилия, если у них имеется история проявлений реального насильственного поведения.

По окончании упражнения на визуализацию психотерапевт проводит с пациентом процедуру релаксации. Это могут быть любые навыки самоуспокоения, которым пациент уже обучился в терапевтическом процессе, такие как медитация осознанности, постепенная мышечная релаксация, образ безопасного места или позитивные утверждения. Психотерапевт продолжает процедуру релаксации, пока пациент не успокоится. Когда пациент успокоился, психотерапевту потребуется несколько минут, чтобы вернуть пациента в настоящий момент. Психотерапевт обращает внимание пациента на непосредственное окружение, например, просит посмотреть на что-то в кабинете, дает ему выпить воды или беседует с ним о повседневных делах.

Когда пациент успокаивается, психотерапевт тщательно обсуждает с ним упражнение по работе над образами. Психотерапевт призывает пациента полностью выразить свои реакции, чтобы заново пережить ситуацию жестокого обращения, и хвалит пациента за то, что у него есть силы пережить это. Психотерапевт старается предоставить пациенту достаточно времени для восстановления (не менее 20 минут). Он не позволяет пациенту покинуть сеанс крайне расстроенным после работы над образами. При необходимости психотерапевт разрешает пациенту оставаться в приемной по окончании сеанса и просит пациента позвонить позже, чтобы проверить его состояние.

Установление близких отношений и индивидуация

По мере терапевтического прогресса, психотерапевт способствует генерализации терапевтических отношений и на отношения со значимыми другими за пределами терапии. Психотерапевт помогает пациенту выбирать стабильных партнеров и друзей, а затем побуждает его к развитию близких отношений с ними.

Если пациент сопротивляется участию в этом процессе, психотерапевт отвечает эмпатической конфронтацией: выражает понимание того, насколько трудно пациенту идти на риск, устанавливая с кем-то близкие отношения, но также утверждает, что только через такой риск можно выстроить близкие отношения со значимыми другими. Если пациент избегает близости, психотерапевт работает с режимами, прорабатывая избегающую часть личности пациента; психотерапевт делает "сопротивляющуюся" часть персонажем, вводя его в образ пациента, а затем ведет диалоги с этим режимом. Психотерапевт также эмпатически противостоит саморазрушительному социальному поведению, такому как чрезмерная зависимость от других людей, отстранение или чрезмерный гнев.

Кроме того, как только состояние пациента стабилизируется, психотерапевт способствует его индивидуации, раскрывая его "естественные наклонности". Пациент учится действовать, основываясь на своих подлинных потребностях и эмоциях, а не угождать другим. В беседе д-ра Янга с Кейт отчетливо проявилась важность этой части лечения.

КЕЙТ: Я могу сказать, что у меня есть сильное убеждение, или что я чувствую, что уверена в чем-то, но в следующую минуту это ощущение покидает меня. Это странно, но пару месяцев назад я поняла, какой у меня любимый цвет, и я была так взволнована (*смеется*). Потому что, оказывается, у меня есть любимый цвет. И это было тем, на что я обратила внимание.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И вы знали, что это были именно *вы*.

КЕЙТ: Да (*плачет*). Мне было 27 лет, когда я наконец поняла, что у меня есть любимый цвет. Это цвет, который мне действительно нравится, не потому, что так говорит кто-то, на кого я хочу быть похожей, а просто потому, что мне самой нравится, — и это очень приятно. Так что я была очень горда собой (*смеется*).

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это прекрасно. Таким образом, вы смогли найти ту часть себя, которая реальна, в отличие от той части, которая пытается быть тем, кем ее хотят видеть окружающие.

КЕЙТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И это то, что вы не могли сделать бо́льшую часть своей жизни.

КЕЙТ: И это забавно, но всякий раз, когда я вижу этот цвет, я просто хочу смотреть на него подольше, потому что знаю, что он мне нравится, что это важно для меня. Потому что я знаю, как на самом деле мало вещей, которые мне нравятся, и которыми мне хотелось бы обладать.

"Подводные камни" для психотерапевтов в работе с пациентами с ПРЛ

Пациенты с ПРЛ не имеют стабильного внутреннего образа психотерапевта, поскольку их режимы постоянно меняются. Вместо этого, образ психотерапевта меняется вместе с их режимами. В режиме Покинутого ребенка психотерапевт является идеализированным воспитателем, который может внезапно исчезнуть и который полностью поглощает пациента. В режиме Сердитого и Импульсивного ребенка психотерапевт обесценен. В режиме Наказывающего родителя психотерапевт предстает враждебным критиком. В режиме Отстраненного защитника психотерапевт — отдаленная фигура. Таким образом, восприятие пациентом психотерапевта постоянно меняется. Такие сдвиги могут быть весьма неприятными для психотерапевта. Психотерапевты, которые являются объектами этих сдвигов, подвержены различным интенсивным реакциям контрпереноса, включая чувство вины, фантазии о спасении, гневное желание отомстить, нарушение границ и глубокое чувство беспомощности.

Мы кратко перечислим некоторые возможные опасности, с которыми психотерапевты чаще всего сталкиваются при лечении пациентов с ПРЛ. Они связаны с конкретными схемами самого психотерапевта и его копинговыми стратегиями.

Схема Подчинения у психотерапевтов

Психотерапевты, обладающие схемой Подчинения и использующие капитуляцию или избегание в качестве копинговых стратегий, сталкиваются с опасностью стать слишком пассивными по отношению к своим пациентам. Они могут избегать конфронтации и не устанавливать соответствующие границы. Последствия могут быть негативными как для психотерапевта, так и для пациента: психотерапевт со временем сердится все сильнее и сильнее, а пациент испытывает возрастающую тревогу по поводу отсутствия границ и может вести себя импульсивно и саморазрушительно.

Психотерапевты со схемой подчинения должны предпринимать сознательные и решительные усилия, чтобы противостоять пациентам всякий раз, когда наблюдают у них такое поведение, используя при этом эмпатическую конфронтацию и устанавливая соответствующие границы.

Схема самопожертвования у психотерапевтов

Опасность для психотерапевтов со схемой самопожертвования (согласно нашему опыту, почти у всех психотерапевтов присутствует эта схема) заключается в том, что они допускают слишком много контактов с пациентами вне терапии, а затем раздражаются из-за этого. В основе схемы самопожертвования у психотерапевтов лежит чувство эмоциональной депривации — они пытаются предоставить своим пациентам то, что сами хотели бы получать в детстве. Психотерапевт отдает слишком много, нарастают обида и раздражение, и в конечном итоге психотерапевт отстраняется или наказывает пациента.

Лучший способ управлять ситуацией для таких психотерапевтов — изначально осознавать свои границы и неукоснительно их придерживаться.

Схемы Дефективности/Стыдливости, Жестких стандартов/Придирчивости и Неуспешности у психотерапевтов

Психотерапевты с любой из этих схем рискуют почувствовать свою несостоятельность, если пациенту с ПРЛ не удастся достичь прогресса, если у него случится рецидив или если он будет критиковать психотерапевта. Психотерапевтам с такими схемами важно помнить, что для курса лечения пациентов с ПРЛ характерны периоды отсутствия видимого прогресса, периоды рецидивов и конфликтов, даже при лучших обстоятельствах и с лучшими психотерапевтами. Наличие котерапевта и хорошей супервизии помогает психотерапевтам сохранять четкое представление о том, чего реально можно достичь и в какой период времени.

Гиперкомпенсация схемы психотерапевтами

Такая ситуация чрезвычайно опасна и может разрушить терапевтические отношения. Если психотерапевт склонен к гиперкомпенсации схемы, т.е. к контратаке, он может разозлиться и обвинить пациента, наказать его. Психотерапевты, которые сами склонны к гиперкомпенсации схемы, рискуют вместо оказания помощи нанести вред пациентам с ПРЛ, и поэтому, когда они занимаются лечением таких пациентов, их работа должна сопровождаться тщательной супервизией.

Избегание схемы психотерапевтами

Психотерапевты, которые избегают схемы, могут непреднамеренно препятствовать выражению пациентом сильных чувств и эмоций. Когда пациент выражает сильную эмоцию, психотерапевт чувствует себя некомфортно и либо отстраняется, либо выражает разочарование. Пациенты с ПРЛ часто видят эти реакции и неправильно их истолковывают, воспринимая как отторжение и критику. Иногда психотерапевты поощряют преждевременное прекращение лечения, чтобы избежать интенсивных эмоций и “неудобных” пациентов.

Чтобы иметь возможность эффективно лечить пациентов с ПРЛ, психотерапевты, склонные к избеганию схемы, должны научиться быть толерантными к своим эмоциям и к эмоциям пациента.

Схема Подавления эмоций

Психотерапевты, у которых присутствует схема Подавления эмоций, часто кажутся пациентам с ПРЛ отчужденными, жесткими или дистанцированными. Это серьезная опасность. Психотерапевты, которые чрезмерно подавляют свои эмоции, могут нанести вред пациентам с ПРЛ и, вероятно, не должны работать с ними. Пациент с ПРЛ нуждается в заботе и перевоспитании. Эмоционально холодный психотерапевт, скорее всего, не способен предоставить пациенту необходимую заботу и перевоспитание, которые тот смог бы распознать и принять.

Если психотерапевт принимает решение попытаться исцелить свою схему, у него есть возможность преодолеть схему Подавления эмоций с помощью психотерапии.

ИТОГИ

Терапия для пациентов с ПРЛ — длительный процесс. Для достижения индивидуации и установления близких отношений с другими людьми пациентам часто требуются два-три года лечения, а возможно, и больше. Но на протяжении всего курса лечения у пациентов обычно наблюдается значительное улучшение состояния.

Мы полны оптимизма и надежды относительно применения схема-терапии для лечения пациентов с ПРЛ. Хотя это лечение часто проходит медленно и трудно как для пациента, так и для психотерапевта, выгоды от такой работы велики. Мы обнаружили, что большинство пациентов с ПРЛ достигают значительного прогресса. По нашему мнению, основными терапевтическими элементами схема-терапии для этих пациентов являются замещающее родительство, которое предоставляет психотерапевт, работа с режимами и прогрессирование в терапии на описанных нами этапах.

Глава 10

СХЕМА-ТЕРАПИЯ ПРИ НАРЦИССИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

Исходя из нашего опыта, именно пациенты с пограничным и нарциссическим расстройствами личности представляют наибольшие трудности для психотерапевтов. В некотором смысле эти две группы пациентов ставят перед психотерапевтами противоположные дилеммы: пациенты с ПРЛ сверхчувствительны и слишком нуждаются в заботе, тогда как пациенты с нарциссическим расстройством личности часто недостаточно уязвимы или недостаточно чувствительны. Обе группы пациентов неоднозначно относятся к терапевтическому процессу. Как и в случае лечения пациентов с ПРЛ, в нашем подходе к пациентам с нарциссическим расстройством личности используется подход, основанный на работе с режимами. Во многом подход с применением режимов изначально был разработан для более успешного лечения именно этих двух типов пациентов. Подход с применением режимов позволяет нам создать терапевтический альянс с теми частями личности пациента, которые стремятся к здоровью, одновременно борясь с дезадаптивными частями — теми, которые стремятся к изоляции, саморазрушению и причинению вреда окружающим.

РЕЖИМЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СХЕМ У ПАЦИЕНТОВ С НАРЦИССИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Мы наблюдали три основных режима функционирования схемы (далее — режимы, копинговые режимы), которые характерны для большинства пациентов с нарциссическим расстройством личности (в дополнение к режиму Здорового взрослого, которую психотерапевт пытается укрепить).

1. Одинокий ребенок.
2. Самовозвеличиватель.
3. Отстраненный самоутешитель.

Не у всех пациентов с нарциссическим расстройством личности присутствуют все эти три режима, а у некоторых имеются еще и другие. Однако эти три копинговых режима являются наиболее распространенными. Обсуждая эти режимы, мы связываем их со схемами и копинговыми стратегиями, которые, как мы полагаем, формируют нарциссизм.

Согласно нашему опыту такие пациенты, как правило, не могут отдавать и получать подлинную любовь (за редкими исключениями проявления любви в отношении их собственных детей). Основными схемами нарциссизма являются Эмоциональная депривированность и Дефективность/Стыдливость, которые являются частью режима Одинокого ребенка. Схема Привилегированности/Грандиозности является гиперкомпенсацией двух других схем и является частью режима Самовозвеличивателя. Поскольку большинство пациентов с нарциссическим расстройством личности не могут испытывать настоящую любовь, они, вероятно, в течение всей жизни будут запечатлевать свои схемы Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости. Их собственное поведение таково, что они не могут любить и быть любимыми, если только не пройдут терапию или не вступят в такие отношения, которые будут способствовать исцелению схемы.

У режима Одинокого ребенка почти всегда присутствует схема Эмоциональной депривированности со копинговой стратегией в виде гиперкомпенсации. Чтобы компенсировать схему, пациенты приходят к ощущению собственного превосходства над другими. Они требуют от самых близких людей очень много, но почти ничего не отдают им взамен. Поскольку они ожидают, что их чего-то лишат, они ведут себя требовательно, чтобы обеспечить удовлетворение своих потребностей. Схема Эмоциональной депривированности заставляет таких пациентов преувеличивать масштабы пренебрежения или непонимания со стороны окружающих.

Схема Дефективности/Стыдливости также обычно сопутствует нарциссизму. Большинство пациентов с нарциссическим расстройством личности чувствуют себя неполноценными. По этой причине они никому не позволяют к ним приближаться. Пациенты с нарциссическим расстройством личности неоднозначно относятся к близким отношениям: они одновременно тоскуют по ним и избегают их, когда начинают получать. (Это можно рассматривать как противоречие между схемами Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости: их чувство депривированности побуждает их сближаться с людьми, а чувство неполноценности — отстраняться от них.) Они убеждены, что разоблачение любого их недостатка будет унизительным и в конечном итоге приведет к отверждению. Всякий раз, когда они не соответствуют своим завышенным стандартам на публике, они ощущают невероятный стыд и собственную неполноценность. Такие неудачи часто вызывают депрессию или другие симптомы оси I, такие как тревога или психосоматические расстройства. Кроме того, неудачи обычно приводят к усилиям по гиперкомпенсации.

На практике мы часто адаптируем или изменяем названия режимов, чтобы они более точно соответствовали каждому конкретному пациенту. Например, мы могли бы назвать режим Одинокого ребенка “отверженным ребенком”, “игнорируемым ребенком” или “неадекватным ребенком”; режим Самовозвеличивателя — “конкурентом” или “критиком”; Отстраненного Самоутешителя — “любителем острых ощущений”

или “спекулянтом”. Мы используем любое название, которое точнее всего описывает тот или иной режим в случае с данным пациентом.

Другие схемы

Эмоциональная депривированность, Дефективность/Стыдливость и Привилегированность/Грандиозность — наиболее распространенные схемы среди пациентов с нарциссическим расстройством личности, но часто встречаются и другие. Мы также часто наблюдаем некоторые из следующих схем.

- Недоверия/Ожидания жестокого обращения.
- Социальной отчужденности.
- Неуспешности.
- Недостаточности самоконтроля.
- Покорности.
- Поиска одобрения.
- Жестких стандартов/Придирчивости.
- Пунитивности.

Поскольку в качестве копинговой стратегии они используют гиперкомпенсацию и избегание, пациенты с нарциссическим расстройством личности в большинстве случаев не осознают своих схем.

Режим Одинокого ребенка

Этот копинговый режим является вариацией режима Уязвимого ребенка и характерен для пациентов с нарциссическим расстройством. По сути, большинство из этих пациентов чувствуют себя одинокими детьми, которых ценят лишь до тех пор, пока они могут удовлетворить амбиции своих родителей. Сам пациент, однако, обычно практически не осознает это базовое чувство. Поскольку наиболее важные эмоциональные потребности такого ребенка не удовлетворяются, пациент обычно чувствует себя опустошенным и одиноким. Психотерапевт формирует глубокую связь с режимом Одинокого ребенка у пациента.

В этом режиме пациенты с нарциссическим расстройством личности часто чувствуют, что не заслуживают любви. Одинокий ребенок чувствует себя нелюбимым и непривлекательным. Многие пациенты с данным расстройством считают, что они каким-то образом смогли добиться такого уровня успеха, который превосходит их настоящие способности. Каким-то образом им удалось всех обмануть — или им просто невероятно повезло. Таким образом, на самом деле они обычно чувствуют, что не могут оправдать ожидания, которые на них возлагают, и что они лишь на первый взгляд соответствуют этим ожиданиям. Они чувствуют, что не в состоянии более соответствовать этим ожиданиям. Бо́льшую часть времени такие пациенты живут с глубинным ощущением, что те сферы жизни, в которых они гиперкомпенсируют, чтобы получить признание и высокую оценку, находятся на грани краха.

Для таких пациентов противоположностью чувства собственной уникальности и исключительности является ощущение своей посредственности. Посредственность — одно из худших ощущений для большинства пациентов с нарциссическим расстройством личности, потому что их представление о себе имеет две крайности: либо они прекрасны и находятся в центре внимания, либо они никто. Для них не существует "золотой средины". Это является результатом условного принятия и условного одобрения, которые пациенты получали в детстве. Быть посредственным значит быть проигнорированным или непринятым. Если они не особенные, никто их не полюбит, никто не будет проводить с ними время, и они останутся одинокими.

Режим Одинокого ребенка обычно запускается у пациентов с нарциссическим расстройством личности вследствие потери какого-либо источника валидации или особого статуса: их бизнес терпит неудачу; их увольняют с работы; их супруги или партнеры покидают их; они проигрывают спортивные соревнования; кто-то достигает большего успеха или признания; кто-то, кого они уважают, критикует их; они заболевают и не могут работать. Как только эти пациенты переключаются на режим Одинокого ребенка, они пытаются как можно быстрее переключиться обратно в одну из других режимов (Самовозвеличивателя или Отстраненного самоутешителя). Большинство пациентов стараются находиться в режиме Одинокого ребенка как можно меньше времени, потому что связанные с ней переживания чрезвычайно для них болезненны: одинокий ребенок чувствует себя грустным, нелюбимым, униженным и (обычно) испытывает отвращение к себе. В какой-то момент своей жизни большинство пациентов с нарциссическим расстройством личности находились какое-то время в режиме Одинокого ребенка — в результате поражения, неудачи или отвержения. Тем не менее они обычно не помнят этого точно, сопротивляются мыслям об этом и готовы пойти практически на что угодно, чтобы избежать ощущения уязвимости.

Режим Самовозвеличивателя

Режим Самовозвеличивателя — это гиперкомпенсация ощущения депривированности и неполноценности. Пациенты в этом режиме ведут себя конкурентно, демонстрируют свои особые права, проявляют жестокость или ищут способ утвердить свой статус. Как правило, это их режим "по умолчанию", или автоматический режим, особенно в окружении людей: это режим, в котором пациенты с нарциссическим расстройством находятся большую часть времени. Из нее они обычно переключаются на режим Отстраненного самоутешителя и изредка — на режим Одинокого ребенка.

Поскольку одинокий ребенок (обычно) чувствует себя неполноценным, режим Самовозвеличивателя старается продемонстрировать свое превосходство. В этом режиме пациенты часто стремятся получать восхищение и начинают критиковать окружающих. Они склонны к такому конкурентному поведению, как снисходительный тон, мелкая месть в ответ на незначительные проступки или собственное мнение окружающих, уверенность в своей правоте. Такое поведение является компенсаторным: в глубине души пациенты чувствуют себя оскорбленными и неполноценными. Схема также проявляется в таких видах поведения, как избегание близких отношений, выражение гнева в ответ на ощущение собственной уязвимости и стремление контролировать ход

разговора с целью избегания эмоционально разоблачающих тем (как это пытался делать наш пациент Карл, чей случай мы представим ниже в этой главе).

Схема Привилегированности/Грандиозности приводит клиента к эгоцентризму, непониманию проблем и прав других людей, ощущению собственной "особенности". В режиме Самовозвеличивателя пациенты с нарциссическим расстройством личности склонны вести себя бесчувственно. Они настаивают на том, чтобы окружающие делали все, что они хотят, притом любой ценой. Они почти полностью поглощены собой и мало эмпатичны к потребностям и чувствам других людей. Они пытаются направить поведение окружающих в соответствии с собственными желаниями. Они рассчитывают на особый поход психотерапевта к собственной персоне и не верят, что должны следовать тем же правилам, что и другие люди.

Как было отмечено, психотерапевт часто меняет название Самовозвеличивателя на более точное, подходящее конкретному пациенту. Мы можем назвать этот режим "привилегированной стороной" или "искателем статуса". Психотерапевт может принять во внимание самые важные особенности копинговых стратегий пациента, чтобы помочь ему подобрать название для этого режима.

Исходя из нашего опыта, пациентам с нарциссическим расстройством, которые находятся в режиме Самовозвеличивателя, наиболее свойственны следующие копинговые реакции.

- Агрессия и враждебность.
- Доминирование и чрезмерное самоутверждение.
- Стремление к получению признания и статуса.
- Манипулирование и эксплуатация.

Важно помнить, что нарциссизм многолик, и поэтому не все пациенты демонстрируют такие экстремальные копинговые реакции. Существует целый "спектр нарциссизма", начиная с относительно доброкачественного и заканчивая злокачественным. В одной крайности пациенты склонны к социопатии, в другой — увлечены собственной персоной, но способны к сочувствию и теплу в отношениях с некоторыми людьми (см. обсуждение Отто Кернбергом (*Kernberg, 1984*) "злокачественного" нарциссизма). В нашей практике встречались пациенты с нарциссизмом, относящимся к самым разным точкам этого спектра. Однако у всех них есть нечто общее — мы полагаем, что в глубине каждого нарциссического пациента прячется уязвимый ребенок.

Пациенты с нарциссическим расстройством личности, прибегая к такой копинговой реакции, как *агрессия и враждебность*, в гневе набрасываются на окружающих, когда те не в состоянии удовлетворить их потребности или стоят на пути их гиперкомпенсации. Эти пациенты следуют правилу "лучшая защита — это нападение". Чувствуя угрозу, они атакуют. В своем крайнем проявлении эта копинговая реакция проявляется как насилие по отношению к окружающим. Ее функция состоит в том, чтобы заставить их удовлетворить эмоциональные потребности пациента (противодействовать базовому чувству эмоциональной депривированности) или сохранить его маску превосходства (противодействовать чувству неполноценности).

Следующая копинговая реакция — *доминирование и чрезмерное самоутверждение* — обусловлена стремлением подавлять окружающих, чтобы сохранять контроль

над ситуацией. Пациенты, применяющие эту копинговую реакцию, могут вести себя как тираны. Они часто пытаются физически или психологически возвыситься над окружающими, чтобы подавить их. Они пытаются занять доминирующее положение в социальной группе, таким образом удовлетворяя свои потребности и утверждая превосходство. Они делают это всякий раз, когда запускается одна из их основных схем (обычно это Эмоциональная депривированность или Дефективность/Стыдливость).

Стремление к получению признания и статуса заключается в потребности получать восхищение со стороны окружающих и доминирует почти у каждого пациента с нарциссическим расстройством личности. Пациенты придают преувеличенное значение внешним признакам успеха, таким как социальный статус, высокие достижения, внешность, богатство. Они почти всегда стремятся к этому, чтобы справиться с чувством неполноценности путем утверждения своего внешнего превосходства. Большинство пациентов с нарциссическим расстройством личности в режиме Самовозвеличивателя завидуют чьим-то успехам, включая успехи значимых близких, не признавая достижения окружающих или преуменьшая их.

Копинговая реакция в виде *манипулирования и эксплуатации* — это тенденция использовать кого-либо для собственного удовлетворения. В своем крайнем выражении она проявляется как безжалостность и стремление любой ценой получить желаемое. Проявляющие ее нарциссические пациенты неспособны к эмпатии, а окружающих рассматривают как объекты (а не как личности), которые можно использовать для собственных нужд. Они чувствуют себя наделенными особыми правами, что позволяет им компенсировать свое чувство эмоциональной депривированности. (Действительно, некоторые схемы являются нарциссическими гиперкомпенсациями: это схемы Привилегированности/Грандиозности, Жестких стандартов/Придирчивости, Поиска одобрения.)

Некоторые пациенты являются "скрытыми нарциссами". У них присутствуют те же три режима, но режим Самовозвеличивателя существует на уровне фантазии, а не в действительности. Подобно герою романа Джеймса Тербера *The Secret Life of Walter Mitty* (Тайная жизнь Уолтера Митти), со стороны не заметно, что они считают себя особенными или фантазируют о другой жизни. Внешне скрытые нарциссы кажутся скромными или даже приятными для окружающих. Однако в своей фантазийной жизни они превосходят большинство людей. У них имеются почти такие же личностные структуры, как и у людей с чрезмерным нарциссизмом, но открыто свой режим Самовозвеличивателя они не проявляют.

Режим Отстраненного самоутешителя

Общаясь с окружающими, пациенты с нарциссическим расстройством личности обычно находятся в режиме Самовозвеличивателя. Когда они остаются одни и отрезаны от восхищения, которое получают при общении, то обычно переключаются на режим Отстраненного самоутешителя. В этом режиме они отключают свои эмоции, занимаясь деятельностью, которая каким-то образом успокаивает их или отвлекает от их чувств. Пациенты переключаются на режим Отстраненного Самоутешителя, поскольку иначе они оказались бы в режиме Одинокого ребенка, испытывая опустошенность,

скуку и подавленность. При отсутствии внешних источников валидации Одинокий ребенок начинает выходить на поверхность; режим Отстраненного Самоутешителя — это средство избежать боли режима Одинокого ребенка.

Режим Отстраненного Самоутешителя может принимать разные формы, и все они представляют собой механизмы избегания схемы. Пациенты часто стараются занять себя какими-либо делами, чтобы стимулировать себя. Эти виды поведения обычно реализовываются аддиктивным или навязчивым, компульсивным образом. У одних пациентов этот режим принимает форму трудоголизма; у других — азартного поведения, финансовых спекуляций, экстремальных видов спорта (например, автомобильные гонки или скалолазание), беспорядочных половых связей, виртуального секса, употребления психоактивных веществ (например, кокаина). Такая деятельность обеспечивает стимуляцию и эмоциональное возбуждение.

Третья группа пациентов навязчиво вовлечены в уединенные занятия, скорее самоуспокаивающие, чем самостимулирующие, такие как компьютерные игры, порнография, переедание, просмотр телепередач или фантазирование. Эти компульсивные интересы отвлекают их внимание от боли, вызванной схемами Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости, от режима Одинокого ребенка. Все действия такого рода — это в основном способы избежать чувства пустоты и бесполезности.

КРИТЕРИИ НАРЦИССИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ПО DSM-IV

Здесь перечислены диагностические критерии DSM-IV для нарциссического расстройства личности. Обратите внимание, что все они относятся лишь к одному из трех режимов — к Самовозвеличивателю.

- Грандиозное самомнение (например, преувеличение своих достижений и талантов и ожидание признания своего превосходства без соответствующих достижений).
- Поглощенность фантазиями о неограниченном успехе, власти, уме, красоте или идеальной любви.
- Убежденность в собственной исключительности, в том, что ты должен дружить лишь с себе подобными “исключительными” или занимающими высокое положение людьми и можешь быть понят только ими.
- Потребность в чрезмерном восхищении.
- Чувство своей избранности, т.е. беспричинные ожидания предпочтительного отношения к себе или беспрекословного подчинения требованиям.
- В личных отношениях тенденция эксплуатировать окружающих, т.е. использовать других людей для достижения собственных целей.
- Низкий уровень эмпатии: нежелание понимать чувства и потребности других людей или ставить себя на их место.

- Зависть или уверенность, что другие завидуют.
- Поведение или взгляды отличаются высокомерием, самонадеянностью, надменностью.

Мы критически относимся к этим критериям DSM-IV, поскольку они сосредоточены почти исключительно на внешних проявлениях компенсаторного поведения пациентов, при этом почти не уделяя внимания другим режимам, которые, по нашему мнению, являются центральными для проблем этих пациентов. Кроме того, сосредоточиваясь исключительно на режиме Самовозвеличивателя, DSM-IV заставляет многих врачей относиться к нарциссическим пациентам с некоторым неодобрением, вместо того чтобы подчеркнуть необходимость эмпатии или затронуть вопрос спрятанной где-то глубоко боли, которая свойственна большинству таких людей. Наконец, мы полагаем, что диагностические критерии нарциссического расстройства личности — как и многих других расстройств оси II — не способствуют эффективному лечению. Эти критерии описывают только копинговые стратегии пациентов и не дают врачам понимания стоящих за ними основных тем или базовых схем, которые, как мы убеждены, должны измениться, если мы говорим о достижении длительного улучшения в случае расстройств оси II.

НАРЦИССИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ И НАЛИЧИЕ СХЕМЫ ПРИВИЛЕГИРОВАННОСТИ/ГРАНДИОЗНОСТИ В ЧИСТОМ ВИДЕ: В ЧЕМ РАЗНИЦА?

Важно отличать нарциссическую личность, о которой мы говорим, от случаев, когда у человека присутствует схема Привилегированности/Грандиозности в чистом виде, без стоящих за ней схем Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости.

Схема Привилегированности/Грандиозности может развиваться двумя способами. Когда она представлена в чистом виде, за ней стоит просто избалованность ребенка. Родители устанавливают слишком мало ограничений и не требуют от ребенка уважения чувств и прав других людей, поэтому ребенок не усваивает принцип взаимности в отношениях. Тем не менее, ребенок эмоционально не депривирован и не отвергаем, поэтому схема Привилегированности/Грандиозности не является компенсаторной.

С другой стороны, схема Привилегированности/Грандиозности может развиваться как гиперкомпенсация чувств эмоциональной депривированности и неполноценности. В отличие от "избалованных" пациентов, которые демонстрируют схему Привилегированности/Грандиозности как таковую, это "хрупкие" пациенты. Их чувство привилегированности очень хрупкое, потому что они знают, что такое быть игнорируемыми или обесцененными. Всегда существует риск того, что их компенсации рухнут, оставляя их уязвимыми и беззащитными.

Как и “избалованные” пациенты, “хрупкие” пациенты с нарциссическим расстройством личности также ведут себя требовательно, демонстрируя свое превосходство перед другими. Тем не менее, у пациентов со схемой Привилегированности/Грандиозности нет режима Уязвимого Ребенка — грустного, потерянного и неполноценного — как таковой. В основе личности “избалованного” пациента находится режим Импульсивного и Недисциплинированного ребенка. Хотя внешне “избалованные” и “хрупкие” пациенты с нарциссическим расстройством личности могут выглядеть одинаково, у них совершенно разные внутренние миры.

В действительности, большинство пациентов с нарциссическим расстройством личности демонстрируют сочетание привилегированности “избалованного” и “хрупкого” происхождения. Их чувство своих особых прав является частично усвоенным, а частично компенсаторным: с одной стороны, в детстве их баловали и ничего не запрещали, а с другой — это стало копинговой стратегией с глубоко лежащими чувствами эмоциональной депривированности и неполноценности. Поэтому большинству пациентов требуется некая комбинация установления границ и работы с режимами. Однако большинство пациентов с нарциссическим расстройством личности, которые обращаются к психотерапевту, весьма “хрупки” — они начали лечение, потому что рухнула одна из их гиперкомпенсаций, и они впали в депрессию. При лечении таких пациентов, в большинстве случаев основное внимание следует уделять работе с режимами. Установление границ является частью лечения, но не его основным компонентом.

Когда специалисты пишут о пациентах с нарциссическим расстройством личности, обычно они имеют в виду более “хрупких”, компенсированных пациентов, а не тех, кто обладает только схемой Привилегированности. В этой главе мы также обращаемся к вопросам лечения “хрупких” пациентов. Нет смысла проводить работу с режимами, которую мы описываем в этой главе, с пациентами, у которых присутствует только схема Привилегированности/Грандиозности, поскольку у них отсутствуют дезадаптивные режимы, на которые можно было бы выйти с помощью этого метода. У таких пациентов присутствует только чистая схема Привилегированности/Грандиозности, и роль психотерапевта состоит в том, чтобы научить пациента соблюдению надлежащих границ и принципа взаимности в общении с другими людьми. (Это можно сделать с помощью более простой формы работы с режимами: ведение воображаемых диалогов между “избалованным” ребенком и Здоровым взрослым.)

ИСТОЧНИКИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ НАРЦИССИЗМА В ДЕТСТВЕ

Мы выявили четыре фактора, которые часто присутствовали в детской среде пациентов с нарциссическим расстройством личности.

1. Одиночество и изоляция.
2. Недостаточные ограничения.
3. Ситуации использования или манипулирования со стороны других людей.
4. Условное принятие.

Одиночество и изоляция

Большинство пациентов с нарциссическим расстройством личности в детстве были одинокими, в значительной мере нелюбимыми, испытывали выраженную эмоциональную депривированность. Мать (или другое основное лицо, воспитывающее ребенка) уделяла ребенку достаточно внимания, но без физических или других внешних проявлений нежности. Ребенку не хватало эмпатии и эмоционального понимания, отсутствовали искренняя любовь и эмоциональная привязанность. Кроме того, многие пациенты чувствовали себя отвергнутыми сверстниками или другими людьми. У пациентов с нарциссическим расстройством личности имеются истории из детства, которые включают в себя схемы Эмоциональной депривированности, Дефективности/Стыдливости или Социальной отчужденности. Обычно пациенты не осознают эти схемы (или только смутно осведомлены о них).

Недостаточные ограничения

Для большинства пациентов с нарциссическим расстройством личности в детстве не были установлены реалистичные ограничения, и их обычно баловали. Тем не менее они не получали эмоциональных проявлений привязанности; скорее, им просто покупали все, что они хотели, или позволяли вести себя так, как им хотелось, независимо от того, что чувствуют другие. Возможно, им было разрешено издеваться над окружающими или вести себя как вздумается, когда у них возникали приступы гнева. Возможно, за их действиями чаще всего не наблюдали, — за исключением действий, касающихся источников нарциссического удовлетворения их родителей (например, домашних обязанностей или необходимости возвращаться домой к определенному часу). Чувство собственной "особенности" послужило заменой любви: это было лучшее, что получал ребенок. У этих пациентов в детстве были ситуации, включавшие в себя схемы Привилегированности/Грандиозности и Недостаточности самоконтроля.

Ситуации использования или манипулирования со стороны других людей

Большинство пациентов в детстве сталкивались с ситуациями, когда другие люди использовали их в собственных интересах или манипулировали ими. Как правило, такое поведение наблюдалось со стороны одного из родителей. Например, родитель мог использовать их как сексуальный объект, манипулировать ими, заставляя выполнять обязанности, которые на самом деле должны были выполнять сами родители, или косвенно подталкивать к удовлетворению собственных потребностей в достижениях, успехе, статусе или признании. В детстве многие из пациентов были использованы для гиперкомпенсации родительских схем — для компенсации сексуальной неудовлетворенности, удовлетворения эмоциональных потребностей (схема Эмоциональной депривированности) или компенсации чувства неполноценности (схема Дефективности/Стыдливости).

Обычно подобные ситуации не осознавались ребенком как нечто ненормальное. Пациенты часто начинают лечение, говоря: "У меня было прекрасное детство; оба

родителя были замечательными". Они не отдают себе отчета в том, что что-то не так. Однако когда психотерапевт более внимательно рассматривает события детства таких пациентов, он обнаруживает родителей, которые не понимали потребностей своих детей, но удовлетворяли собственные потребности, используя детей. Часто психотерапевт обнаруживает, что у родителя имело место нарциссическое расстройство личности.

Будучи детьми, эти пациенты находились в сложной, запутанной ситуации. Они получали внимание, похвалу и восхищение; все это вызывало положительные, приятные ощущения, поэтому дети верили, что их любят. Но, как правило, им не хватало базовых проявлений заботы — их не обнимали, не целовали, не прикасались к ним. Их не "отзеркаливали" в разговорах и не понимали — их "не видели" и "не слышали". Таким образом, они получали одобрение, но не испытывали подлинной любви. Их использовали — в том смысле, что им уделялось внимание только тогда, когда они соответствовали определенным стандартам. Истории их детства часто включают в себя схемы Недоверия/Ожидания жестокого обращения и Покорности. В этих случаях кто-то, обычно родитель, использовал их или доминировал над ними, как если бы они в детстве были просто объектами для вознаграждения родителей.

Условное принятие

Большинство пациентов в детстве получали условное принятие, а не безусловную, бескорыстную любовь. (Трудно сказать, "любил" ли родитель ребенка — действительно ли чувства родителя можно назвать любовью. Как сказал один пациент, "Да, мой отец любил меня — как волк любит ягненка".) Будучи детьми, они чувствовали себя особенными, когда соответствовали высоким стандартам, навязанным родителем; в противном случае, они были проигнорированы или обесценены им. Родитель отдавал предпочтение внешним проявлениям успешности — ценой истинного счастья и эмоциональной близости. Ребенок старался стать идеальным, чтобы быть достойным одобрения родителя, соответствовать его требованиям и избегать его критики. Ребенок не мог развить устойчивое чувство собственного достоинства; скорее, самооценка ребенка стала зависеть от одобрения со стороны других людей. Когда окружающие одобряли его, ребенок на мгновение чувствовал себя стоящим; когда его не одобряли, ребенок чувствовал себя бесполезным. Пациенты с нарциссическим расстройством личности имеют истории детства, которые включают в себя схемы Дефективности/Стыдливости, Жестких стандартов/Придирчивости и Поиска одобрения.

Типичные истории детства

Мы опишем некоторые типичные истории детства пациентов с нарциссическим расстройством личности. Это широко распространенные паттерны, но они не универсальны для нарциссизма. У большинства пациентов в детстве был один страстно любящий его родитель, который считал своего ребенка "особенным" и почти ни в чем его не ограничивал. Обычно таким родителем была мать, но иногда и отец. Мать баловала ребенка, но ее поведение было основано на собственных потребностях, а не на

потребностях самого ребенка. Через ребенка мать стремилась удовлетворить свои потребности в статусе и признании. Она идеализировала его и возлагала на него большие надежды. Чтобы он соответствовал ее желаниям, она могла прибегать к манипуляциям и контролю. Ей не хватало сочувствия к его потребностям и чувствам, и она не давала ему физической привязанности (за исключением, может быть, демонстрации привязанности перед другими людьми или проявлений привязанности в те редкие моменты, когда ей этого хотелось). Другой родитель также играл важную роль. У большинства из этих пациентов другой родитель был противоположной крайностью. У них были отцы, которые постоянно отсутствовали дома, были пассивными, отстраненными, отвергающими, критикующими или оскорбляющими. Таким образом, в детстве пациенты часто получали два абсолютно противоположных родительских послания: один родитель завышал их ценность, тогда как другой игнорировал и обесценивал их.

Многие пациенты с нарциссическим расстройством личности в детстве были в той или иной мере одаренными: яркими, красивыми, спортивными и артистичными. Как правило, один или оба родителя подталкивали их к развитию и совершенствованию таких дарований, удовлетворяя собственное честолюбие за их счет. Когда пациенты преуспевали в своих достижениях таким образом, который положительно сказывался на их родителях, их осыпали вниманием и обожанием; в противном случае, им давали либо мало, либо ничего — их игнорировали или обесценивали. Они изо всех сил старались проявить свои таланты, чтобы получить одобрение со стороны родителей, поскольку боялись, что если они прекратят это делать, то их лишат внимания или будут критиковать. Имело место явное несоответствие между их подчеркиваемой ценностью в ситуациях, когда они демонстрировали свою одаренность, и их якобы бесполезностью в ситуациях, когда они были обычными детьми.

Аналогичным образом, некоторые пациенты с нарциссическим расстройством личности росли в семьях, которые другие люди считали особенными. Возможно, их семья была более состоятельной, чем другие; один из родителей был знаменитым или очень успешным; или семья каким-то другим образом получила более высокий статус. В детстве эти пациенты усвоили правило: "Я особенный, потому что моя семья особенная". Однако внутри семьи все было иначе — их игнорировали и отвергали. Внутри семьи они усвоили, что похвалу и внимание получают только успешные люди, а "посредственность" никто не замечает. Опять же, имело место явное несоответствие между их высокой ценностью в одних ситуациях — вне семьи — и низкой ценностью в других ситуациях — внутри семьи.

Другой распространенный источник происхождения нарциссизма в детстве — это социальное неприятие или отчуждение. Некоторые пациенты были любимы, их ценили дома, но вне семьи они были отвергнуты сверстниками или чувствовали себя не такими как все. Возможно, они были непривлекательными для лиц противоположного пола, не имели спортивного телосложения, не были материально обеспечены наравне с другими детьми. Будучи подростками, они не были популярными или не были приняты в группы их сверстников.

ПАЦИЕНТЫ С НАРЦИССИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ В БЛИЗКИХ ОТНОШЕНИЯХ

При лечении пациентов с нарциссическим расстройством личности, главная терапевтическая цель состоит в том, чтобы помочь им научиться удовлетворять свои базовые эмоциональные потребности — как в терапии, так и в обычной жизни. Цель — помочь режиму Одинокого ребенка. С точки зрения режима терапевтические цели можно сформулировать так: помочь пациенту включить режим Здорового взрослого, смоделированного с помощью психотерапевта, чтобы распознать режим Одинокого ребенка и предоставить ему необходимую заботу, чтобы ободрить Одинокого ребенка и научить его дарить и получать любовь; а также чтобы успокоить и постепенно заменить режимы Отстраненного самоутешителя и Самовозвеличивателя режимом Здорового взрослого. Чтобы сделать это, психотерапевт должен изучить, что именно в поведении пациентов в близких отношениях препятствует удовлетворению базовых потребностей (как самих пациентов, так и их партнеров). Следовательно, основное внимание в процессе лечения направлено именно на близкие отношения пациента.

Далее мы опишем некоторые характеристики, которые пациенты с нарциссическим расстройством личности часто проявляют в близких отношениях. У конкретного пациента могут присутствовать некоторые из представленных характеристик или же все они вместе.

Пациенты с нарциссическим расстройством личности неспособны принимать любовь

Подлинная любовь настолько чужда пациентам с нарциссическим расстройством личности, что они попросту неспособны ее принимать. Когда кто-то пытается выразить им сочувствие или проявить заботу, пациенты просто не воспринимают это. Они могут искать одобрения или восхищения и привлекать к себе внимание, но не могут принимать любовь. Эта неспособность принимать любовь подкрепляет их схемы Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости.

Отношения как источник принятия и валидации

Даже в самых близких отношениях пациента — с романтическими партнерами и супругами — восхищение становится заменой настоящей любви. Это одна из основных причин, по которым пациенты с нарциссическим расстройством личности часто бывают столь несчастными: их базовые потребности в любви не удовлетворяются даже в самых близких отношениях.

Многие из этих пациентов выбирают партнеров, которые тоже склонны к эмоциональной отстраненности и испытывают трудности с тем, чтобы принимать и отдавать любовь. Это подкрепление схемы — их привлекают партнеры, которые похожи на эмоционально депривировавших их родителей. Они чувствуют себя комфортно, не будучи любимыми, и готовы это терпеть (обычно потому, что не знают, чего им не хватает).

Другие пациенты выбирают эмоционально теплых партнеров, которые отдают, ничего не требуя взамен. Такие пациенты не устанавливают ограничений на то, сколько они принимают; если и партнер этого не сделает, то они будут брать бесконечно, ничего не отдавая взамен.

Низкий уровень эмпатии

Во многом вследствие нехватки эмпатии, которую они испытывали по отношению к себе в детстве, многие пациенты также демонстрируют низкий уровень эмпатии по отношению к другим людям — особенно к своим близким. Поскольку они сами получали мало эмпатии, они не знают, как испытывать эмпатию или выражать ее по отношению к значимым другим.

Интересно, что, находясь в режиме Одинокого Ребенка, пациенты часто могут быть достаточно эмпатичными. Находясь в других двух режимах — Самовозвеличивателя и Отстраненного самоутешителя, — они по большей части безразличны к чувствам окружающих. Кажется, что большинство пациентов способны к эмпатии, но когда они гиперкомпенсируют свои схемы или избегают их, то теряют способность к ней. Таким образом, пациенты с нарциссическим расстройством личности часто демонстрируют смешанную картину в отношении эмпатии. Например, отца с нарциссическим расстройством личности может до слез растрогать кинофильм о нелюбимом ребенке, хотя он сам далеко не лучшим образом относится к собственному ребенку, не испытывая при этом и доли сострадания. Когда он смотрит на героя фильма, то переключается на режим Одинокого ребенка и может сопереживать; но когда он находится рядом со своим ребенком, то переключается на режим Самовозвеличивателя и неспособен к сопереживанию. То, что он может делать в одном режиме, он неспособен делать в другом.

Зависть

Пациенты с нарциссическим расстройством личности часто испытывают зависть к чьим-то успехам и считают, что другие люди по определению в чем-то превосходят их. Причиной такой зависти является то, что, когда кто-то получает одобрение, эти пациенты чувствуют, будто у них что-то отобрали. Они чувствуют, что им не хватает заботы, внимания или восхищения. Если кто-то получает больше, они чувствуют, что для них осталось меньше. Они переключаются на режим Одинокого ребенка и чувствуют себя обманутыми, нелюбимыми, обделенными, завистливыми. Либо они впадают в депрессию, либо, что более вероятно, мобилизуются и что-то делают, чтобы восстановить свои позиции в качестве центра всеобщего внимания, т.е. переключаются на режим Самовозвеличивателя.

Идеализация и обесценивание объектов любви

Пациенты с нарциссическим расстройством личности на начальных этапах отношений часто идеализируют объекты своей любви, что компенсирует их схему Дефективности/Стыдливости. Они считают объект своей любви совершенным, потому что,

вступив в отношения с идеальным партнером, они тем самым повышают собственную ценность. В начале отношений пациенты обостренно чувствительны к признакам критики или отвержения со стороны партнера. Поэтому они делают практически все, чтобы завоевать объект своей привязанности.

Такие пациенты часто выбирают партнеров, рядом с которыми они сами будут выглядеть хорошо, — партнеров привлекательных и вызывающих восхищение окружающих. Сначала они идеализируют и обожают своего партнера. Однако со временем они начинают обесценивать его, обнаруживая каждый маленький недостаток и каждое несовершенство. Рано или поздно практически все нарциссические пациенты проявляют этот паттерн обесценивания своего партнера. Для этого имеется ряд причин. Одной из причин является подкрепление схемы: каждый недостаток в партнере провоцирует собственное чувство неполноценности пациента. Чтобы избежать чувства неполноценности, они компенсируют его чувством превосходства над своим партнером. Пациенты обесценивают своего партнера, чтобы повысить собственную самооценку. Они чувствуют себя лучше, когда ставят партнера ниже себя. Они также обесценивают своего партнера, потому что при этом могут сохранять контроль над ним, удерживая его на более низкой позиции. Обесценивание партнера снижает вероятность того, что он решит искать лучшей жизни и сам инициирует разрыв отношений. Каждый раз, когда обнаруживается одно из несовершенств партнера, пациенты становятся критикующими и презрительными. Некоторые пациенты проявляют склонность к садизму и унижению своего партнера. В конце концов, они практически полностью перестают ценить своего партнера. Поэтому партнер не может долго оставаться ценным источником одобрения для нарциссического пациента.

Если реакцией партнера на такое отношение к себе становится стремление любой ценой угодить пациенту, такая стратегия обычно дает обратные результаты. Чем больше партнер старается угодить пациенту, тем более пациент обесценивает его. Чем больше партнер пытается успокоить, посочувствовать или оправдать пациента, тем меньшую ценность он представляет для пациента. В целом пациенты с нарциссическим расстройством личности уважают только тех, кто противостоит им или сопротивляется. Чем больше партнер сопротивляется, тем выше пациент ценит его и его одобрение.

Схема Привилегированности/Грандиозности в отношениях

Схема Привилегированности/грандиозности у нарциссических пациентов, как правило, является прямым следствием того, что один из родителей потворствовал пациенту в детстве. Она также выступает дополнительным источником валидации. Пациент думает: "Если мой партнер считает меня особенным, значит, я обладаю ценностью. Чем более особое ко мне отношение, тем выше моя ценность". Пациенты требуют, чтобы почти каждый аспект отношений полностью удовлетворял их. Они пытаются удерживать контроль над своим окружением и над поведением партнера с целью удовлетворения собственных потребностей и желаний (как зачастую поступали их родители по отношению к ним в детстве).

Отстраненный самоутешитель при отсутствии внешней валидации

По мере того как эти пациенты со временем обесценивают своих партнеров, они также начинают дистанцироваться от них и все больше и больше времени проводят в одиночестве, пытаясь успокоить и утешить себя. По мере того как их партнеры утрачивают способность выполнять функцию возвеличивания, пациенты все более и более изолируются от них, переключаясь на режим Отстраненного Самоутешителя. Чтобы избежать боли в режиме Одинокого ребенка, пациенты вместо обращения за поддержкой к своим партнерам предпочитают искать утешение в одиночестве, компульсивном поведении или внешней стимуляции.

ОЦЕНКА НАРЦИССИЗМА

Существует несколько методов оценки нарциссизма. Психотерапевт основывает свои заключения на следующих факторах: 1) поведение пациента на сеансах психотерапии; 2) характер представленной проблемы и история ее возникновения; 3) описание пациентом своего детства (включая заполнение Опросника родительского стиля Янга) и его реакции на работу с воображением; 4) результаты заполнения Методики диагностики ранних дезадаптивных схем Янга и применения других инструментов оценки.

Поведение пациента на сеансах психотерапии

Каковы ранние признаки того, что пациент нарциссичен? В начале курса лечения на это может указывать поведение, демонстрирующее убежденность в наличии особых прав. Пациент отменяет сеансы в последнюю минуту или опаздывает на них (при этом будучи уверенным в том, что психотерапевт продлит для него сеанс на соответствующее время); подробно расспрашивает о профессиональном образовании и дополнительном обучении психотерапевта, чтобы определить, "достаточно ли тот хорош"; пытается произвести впечатление на психотерапевта, упоминая о своих достижениях и талантах; ожидает, что психотерапевт будет немедленно отвечать на телефонные звонки; часто предъявляет необоснованные требования к расписанию сеансов; жалуется на обстановку в кабинете психотерапевта; требует к себе особого обращения; идеализирует психотерапевта (только для того, чтобы впоследствии его обесценить); перебивает психотерапевта, когда тот говорит, или использует другие методы, чтобы не слушать психотерапевта; постоянно поправляет психотерапевта в незначительных моментах; отказывается придерживаться границ, установленных психотерапевтом.

Еще одним ранним признаком наличия нарциссического расстройства у пациента является склонность обвинять других. Вместо того чтобы принимать ответственность на себя, эти пациенты склонны обвинять окружающих при обсуждении своих проблем. По мере терапевтического прогресса порой и сам психотерапевт становится для таких пациентов одной из мишеней для обвинения.

Последний признак заключается в том, что пациент, по-видимому, испытывает недостаток эмпатии, особенно по отношению к значимым другим, включая психотерапевта.

Характер представленной проблемы и история ее возникновения

Часто нарциссизм пациента раскрывают представленная им проблема и история ее возникновения. Одна из распространенных причин, по которым такие пациенты начинают лечение, заключается в том, что они сталкиваются с кризисом в личной или профессиональной жизни, потому что кто-то важный для них — любимый человек, супруг, лучший друг, ребенок, брат или сестра, начальник, деловой партнер — отказывается от них или начинает "мстить" им в общении в результате их собственного эгоцентричного поведения. (Имеется высокий риск того, что после преодоления кризиса пациент преждевременно прекратит лечение.)

Иногда такие пациенты приходят на лечение, потому что их кто-то заставляет. Их партнеры или другие члены семьи угрожают разорвать отношения, если те не обратятся за лечением. Их начальство потребовало, чтобы они либо обратились за медицинской помощью, либо уволились. Возможно, им предписано пройти лечение решением суда, поскольку они совершили противоправные действия, например, управляли автомобилем в состоянии алкогольного опьянения. Они пришли к психотерапевту против своей воли и не верят, что ответственность за их проблемы лежит на них самих. Часто они считают, что измениться следовало бы другим людям.

Другая причина, по которой пациенты могут обращаться за лечением, — это чувство пустоты. Хотя внешне им присущи общепринятые атрибуты успеха, их жизни зачастую не хватает внутренней осмысленности. В центре их жизни пустота — неудовлетворенные эмоциональные потребности режима Одинокого ребенка. Хотя эти пациенты, кажется, обладают всеми возможными благами, в их жизни не хватает близких связей с другими и истинного самовыражения.

Мы полые люди
Трухой набитые туго
Сплетаемся вместе
А вместо извилин — солома, увы!
И голос наш сух, если
Шепчем совместно
Легко и без мыслей
Как ветер в проплешинах жухлой травы
Или хвостики крыс меж разбитых бутылей
В нашем погребе пыльном без плесени.

Т. Элиот, *Полые люди*[1]

[1] Пер. А. Волкова.

Некоторые пациенты с нарциссическим расстройством личности приходят на лечение в моменты неудач в личной или профессиональной жизни. Они потерпели крах в какой-то сфере своей жизни, в которой до этого им удавалось более или менее успешно гиперкомпенсировать, и теперь в глубине души у них затаились чувства унижения и уныния. Они ищут помощи, чтобы восстановить свои гиперкомпенсации, и раздражаются всякий раз, когда психотерапевт уклоняется от этой задачи. (Это важный момент: мы не считаем, что психотерапевты должны поддерживать нарциссические компенсации пациента. Для этого им пришлось бы поддерживать у пациента режим Самовозвеличивателя, а не Одинокого ребенка или Здорового взрослого.)

Некоторые пациенты обращаются за лечением из-за проблем, возникающих у них под действием режима Отстраненного самоутешителя. Они играют в азартные игры, злоупотребляют психоактивными веществами, допускают неосмотрительное сексуальное поведение, иным образом вовлекаются в импульсивные или компульсивные виды саморазрушительного поведения.

Наконец, еще одной причиной, по которой эти пациенты приходят на терапию, является их неудовлетворенность собственным браком. Например, они могут прийти на терапию, чтобы психотерапевт помог им принять решение насчет того, следует ли им бросить супруга или романтического партнера.

Описание пациентом своего детства и его реакции на работу с воображением

Пациенты с нарциссическим расстройством личности, хотя и рассказывают о своем "идеальном" детстве, как правило, не могут точно ответить на вопросы, касающиеся более глубоких тем из детства. Они охотно обсуждают свои приятные детские воспоминания, но не осозн*ают* болезненных детских воспоминаний. Эти пациенты, как правило, выступают против выполнения работы с воображением, связанной с каким-либо болезненным переживанием (кроме гнева). Они сопротивляются проявлению уязвимости и переходу в режим Одинокого ребенка.

Некоторые пациенты — вероятно, с лучшим прогнозом эффективности лечения, — более охотно признают существование у себя режим Одинокого ребенка на раннем этапе терапии. Они с большей готовностью вовлекаются в обсуждение болезненных детских воспоминаний и выполняют работу с воображением. Создавая в своем воображении образы из детства, такие пациенты могут выражать и испытывать свои чувства одиночества и стыда.

Результаты заполнения Методики диагностики ранних дезадаптивных схем Янга и применения других инструментов оценки

Мы обнаружили определенную закономерность в ответах пациентов с нарциссическим расстройством личности на вопросы Методики диагностики ранних дезадаптивных схем Янга. Нарциссические пациенты, как правило, демонстрируют высокие оценки по шкалам схем Привилегированности/Грандиозности, Жестких стандартов/

Придирчивости и Недостаточности самоконтроля; при этом по всем остальным шкалам у них низкие оценки. Эта закономерность является подтверждением склонности таких пациентов к гиперкомпенсации и избеганию. В основном они не осведомлены о своих базовых схемах Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости, а также о других схемах.

Интересно, что в Опроснике родительского стиля Янга эти пациенты обычно способны отметить многие негативные аспекты родительского обращения с ними в детстве. Несмотря на то, что они не осведомлены о своих схемах, при заполнении опросника они часто могут указать, какие из действий родителей навредили им. Пациенты с нарциссическим расстройством личности предсказуемо демонстрируют высокие баллы в Опроснике компенсации схемы Янга, поскольку у них очень развито компенсаторное поведение.

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ

Представленная пациентом проблема и клиническая картина

Карл — 37-летний пациент с диагнозом “нарциссическое расстройство личности”. Он начал терапию в возрасте 36 лет со схема-терапевтом по имени Лия. Мы представляем фрагменты консультации д-ра Янга, проведенной с Карлом, которая состоялась примерно через год после начала лечения с Лией. Лия попросила о консультации с д-ром Янгом, потому что чувствовала, что прогресс Карла в их терапии по какой-то причине остановился.

В первом фрагменте беседы д-р Янг и Лия обсуждают ситуацию пациента. (Все остальные фрагменты взяты из сеанса д-ра Янга с пациентом.) В начале фрагмента Лия рассказывает, как Карл представил себя, когда впервые пришел на лечение, и каково ей было работать с ним.

ЛИЯ: Карл был очень трудным пациентом. Я не верила, что он выдержит больше пары терапевтических сеансов. Я думала, что он, похоже, пытается испытывать меня на прочность.

Он начинал попытки задеть меня за живое, едва переступая порог моего кабинета. Он никогда не обращался ко мне по имени, не реагировал на приветствие и не здоровался первым. Он бросал свою куртку на пол, откидывался в кресле и говорил что-то вроде: “Вы заранее отрепетировали свою речь, чтобы произвести на меня впечатление? Вы хотите, чтобы я думал, что вы умная, не так ли?” Он говорил с пренебрежительной интонацией, и в разговоре то и дело всплывали его эзотерические убеждения, будто бы намеренно, чтобы разозлить меня.

Это было похоже на игру. С самого начала наше общение ощущалось как игра.

Д-Р ЯНГ: И что вы почувствовали, когда увидели, что он ведет игру, бросает вам вызов, пытается задеть вас?

ЛИЯ: Я испытывала злость. Я злилась на него за то, что он специально провоцирует меня. Пришли в действие мои собственные схемы, и возник соблазн включиться в эту игру, чтобы победить.

Это некоторые из типичных чувств психотерапевта, которые он испытывает при работе с нарциссическими пациентами. Однако психотерапевты не должны совершать ошибку, пытаясь конкурировать с пациентом, чтобы произвести на него впечатление. Такое поведение только усиливает нарциссизм пациента и побуждает его со временем еще более обесценивать психотерапевта.

После встречи с Лией, д-р Янг приступил к консультациям с Карлом. В следующем разделе Карл рассказывает д-ру Янгу о причинах обращения за помощью. У него серьезные проблемы — как в браке, так и на работе.

КАРЛ: Мне 37 лет, я женат, у меня двое детей. Я вырос в Лос-Анджелесе и сейчас я временно не работаю.

Д-Р ЯНГ: И вы планируете начать новую карьеру или просто наслаждаетесь сейчас возможностью не работать?

КАРЛ: Я действительно наслаждаюсь отдыхом от работы. И да, я могу начать новую карьеру, сменить сферу деятельности. Это часть того, что я делаю сейчас, — пытаюсь понять, чем заниматься дальше.

Д-Р ЯНГ: Понятно. А как зовут вашу жену?

КАРЛ: Даниэль. Мы женаты около девяти лет.

Д-Р ЯНГ: Можете ли вы мне сказать, каковы ваши текущие цели в терапии? В этот конкретный момент, как вы думаете, почему вы проходите лечение?

КАРЛ: Ну, сейчас я бы сказал, что не могу продемонстрировать особых успехов ни в чем. В широком смысле слова я бы назвал это проблемой контроля над побуждениями. Например, мне нравится не спать ночью, зато я сплю потом весь день, несмотря на свое понимание того, что это не лучший вариант поведения, поскольку во многом мешает моей жизни. И до сих пор я был совершенно не в состоянии добиться какого-либо значимого прогресса в изменении этой ситуации.

Д-Р ЯНГ: Есть ли какие-либо другие цели, которых вы хотите достичь в терапии, кроме освоения навыка контроля над своими побуждениями?

КАРЛ: Ну, это очень важная для меня цель. Я думаю, что еще осозна*ю* необходимость продолжать работу над тем, чтобы понять, каково это — быть человеком, и как ладить с людьми.

Д-Р ЯНГ: И вы чувствуете, что это для вас трудно? Какие именно у вас возникают затруднения во взаимодействии с людьми?

КАРЛ: Ну, я считаю себя не таким как все, необычным, или, как сказал один человек, индивидуалистом; я не знаю, насколько это точное определение. Вы можете называть меня индивидуалистом или ботаном, или просто типичным неприспособленным к жизни и эгоцентричным интеллектуалом. (*Смеется.*)

Д-Р ЯНГ: Когда вы думаете о том, что вы не такой как все, то как, по-вашему, вы лучше или хуже других? Это лучший другой, или худший другой, или это другой, похожий на других людей?

КАРЛ: Ну, чаще просто другой и все, но также другой и лучший. Но в некоторых ситуациях этот другой хуже.

Д-Р ЯНГ: Вы также упомянули в одном из заполненных вами опросников о "параличе воли". Это все еще проблема для вас? И если да, то что она для вас значит?

КАРЛ: Ну, в то время это означало, что я был неспособен выполнить даже малейшее действие, которое отличалось бы от моей повседневной жизни, например сделать телефонный звонок, назначить встречу с психотерапевтом. Почти два года назад я понял, что действительно нуждаюсь в помощи, но затем около полугода ни к кому не обращался по этому поводу.

Д-Р ЯНГ: Из-за того же паралича воли?

КАРЛ: Да.

Д-Р ЯНГ: Есть ли у вас ощущение того, что паралич был чем-то спровоцирован? Если да, то что это было?

КАРЛ: Ну, я даже не знаю. Это похоже на хандру, какое-то депрессивное состояние.

Примечательно, что тон голоса Карла и манера его обращения к психотерапевту несколько высокомерны. Он говорил с д-ром Янгом на равных, а не как пациент, обратившийся за помощью. Он был отстранен в своей манере поведения, и его описание проблемы несло характер Самовозвеличивания. Высокомерные тон и манеры часто являются первым признаком нарциссизма пациента.

Карл описывает несколько причин для обращения за лечением. Во-первых, отсутствие контроля побуждений. Это его схема Недостаточности самоконтроля, и она является частью режима Самовозвеличивателя. Он не может ограничивать свое поведение. Вторая причина — его трудности в отношениях с людьми. Это распространенная проблема среди пациентов с нарциссическим расстройством личности. Карл, по крайней мере, осознает эту трудность, в отличие от многих других пациентов. Третья причина — его "паралич воли" — депрессия, которую он переживает при недостатке внешней стимуляции или одобрения. Обратите внимание, что Карл не понимает природы этого симптома, хотя знает, что находится в депрессии. Позже психотерапевт попытается установить связь между его депрессией и режимом Одинокого ребенка.

В следующем фрагменте беседы Карл обсуждает причины, по которым ему трудно ладить с людьми. Для начала он объясняет, почему, как ему кажется, другие могут считать его скучным. Этот фрагмент демонстрирует, что у него есть некоторое представление о своем поведении.

Д-Р ЯНГ: Почему вы думаете, что люди считают вас скучным?

КАРЛ: Ну, если бы мне пришлось угадывать, я бы сказал, что я тот человек, который каждое предложение начинает с "я". (*Смеется.*)

Д-Р ЯНГ: Значит, вы скучный, потому что поглощены собой? Это то, о чем вы говорите?

КАРЛ: Да. Я так думаю.

Д-Р ЯНГ: У вас есть какие-то предположения насчет того, почему вы поглощены собой? Как вы думаете, почему в разговорах вы так сосредоточены на себе?

КАРЛ: О, хорошо, вы хотите, чтобы я поговорил с вами о своей матери? (*Саркастически смеется.*)

Д-Р ЯНГ (*тоже смеется*): Нет, я не собирался заглядывать так далеко в прошлое. Сейчас мне интересно ваше мнение на уровне догадок, на интуитивном уровне. Как вы думаете, что именно внутри вас заставляет вас концентрироваться на самом себе, особенно когда вы, как сейчас, понимаете, что это отталкивает людей?

КАРЛ: Ну, в этом-то и дело, что я не понимаю этого. Я не вступаю в социальные взаимодействия со столь высоким уровнем осознанности, какого, возможно, ожидают от меня другие люди. Это очень сложно для меня. И это не просто углубленность в себя. Я думаю, это своего рода застенчивость и страх.

Карл способен признать, что он слишком эгоистичен в социальных ситуациях, но только когда он находится в режиме, в котором проходит беседа. Это режим отстранения. Цель беседы — вывести его из этого режима. Когда Карл действительно находится в социальных ситуациях, доминирует его режим Самовозвеличивателя, и он теряет осознание собственной эгоистичности.

Карл демонстрирует некоторую осведомленность в отношении стеснительности, которая находится в основе его режима Самовозвеличивателя, что является хорошим прогностическим признаком. Тем не менее кажется, что Карл блефует, указывая в качестве проблемы свою эгоцентричность, — кажется, он не слишком обеспокоен этим. Это типично для пациентов с нарциссическим расстройством личности: даже демонстрируя некоторое понимание своей эгоцентричности, они не выглядят обеспокоенными этим фактом. Пребывая в своем безмятежном равнодушии, они не расстраиваются, обнаруживая, что кого-то оттолкнули от себя или были несправедливы по отношению к кому-то.

В следующем фрагменте беседы Карл описывает свои чувства по отношению к жене. Он демонстрирует обесценивание партнера, о котором мы упоминали ранее, что характерно для пациентов с нарциссическим расстройством личности на относительно более поздних этапах отношений.

Д-Р ЯНГ: Как насчет вашей жены? Как вы себя с ней чувствуете? Вы здесь упомянули (указывает на заполненные опросники) в числе прочего и о том, что одним из ваших желаний было бы “обменять старую жену на новую”.

КАРЛ: Да.

Д-Р ЯНГ: Так что, полагаю, у вас должны быть некоторые негативные чувства в ваших отношениях, разочарование...

КАРЛ: Сейчас она стала чуть лучше. Наши отношения немного улучшились с тех пор. Я более-менее справился с этим.

Д-Р ЯНГ: В чем заключалось ваше разочарование? Каким образом она вас разочаровала?

КАРЛ: Ну, она разочаровала меня своей непомерной честностью, правдоискательством, запредельной сознательностью и неуместным умничаньем.

Как можно понять из этого не слишком лестного отзыва о супруге, нарциссизм Карла еще не полностью исцелен.

В следующем фрагменте Карл описывает увлеченность своей жены собственной персоной, ее поглощенность собой. В этом фрагменте показано, что, хотя он и наговаривает на нее, он осознает ее реальные границы.

Д-Р ЯНГ: Как вы относитесь к Даниэль?

КАРЛ: Ну, иногда в прошлом я бывал с ней очень холодным, очень отдаленным. Иногда она даже не замечает этого. Она в каком-то смысле поглощена собственной персоной еще больше, чем я. Она зацикливается на своих проблемах до такой степени, что забывает обо всем, и если у *меня* периодически возникают проблемы с пониманием своих эмоций, то я бы сказал, что у *нее* большие проблемы с контактом со своими эмоциями.

Д-Р ЯНГ: Что привлекало вас в ней поначалу?

КАРЛ: Ну, изначально мне казалось, что мы с ней родные души, — наверное, потому, что у нас много общего с точки зрения наших психологических проблем.

Как часто случается с пациентами с нарциссическим расстройством личности, Карл выбрал женщину, которая усилила его детское чувство эмоциональной депривированности.

ЛЕЧЕНИЕ НАРЦИССИЗМА

Основная цель лечения

Основная терапевтическая цель состоит в формировании у пациента режима Здорового взрослого, смоделированного психотерапевтом, который бы обеспечил потребности Одинокого ребенка и боролся с режимами Самовозвеличивателя и Отстраненного самоутешителя. Цель — повышение уровня его уязвимости наряду со снижением гиперкомпенсации и избегания.

Говоря более конкретно, терапевтическая цель заключается в построении режима Здорового взрослого, чтобы:

1. помочь Одинокому ребенку почувствовать, что о нем заботятся, и что его понимают, а также научить его заботиться о других людях и понимать их;

2. противостоять Самовозвеличивателю, чтобы пациент отказался от чрезмерной потребности в одобрении и начал обращаться с людьми на основе принципа взаимности, по мере того как Одинокий ребенок будет способен воспринимать все больше искренней любви;
3. помочь Отстраненному самоутешителю отказаться от неадаптивных аддиктивных и избегающих видов поведения и заменить их настоящей любовью, самовыражением и адекватным переживанием эмоций.

Психотерапевт помогает пациенту установить подлинно близкие отношения, сначала — с психотерапевтом, а затем — со значимыми другими. Поскольку Одинокий ребенок получает все больше любви и эмпатии, пациент больше не должен пытаться заполнить свою душевную пустоту, унижая других людей или эгоистично обращаясь с ними. Режимы Самовозвеличивателя и Отстраненного самоутешителя ослабевают и постепенно отступают.

Поэтому основное внимание в лечении уделяется близким отношениям пациента — как в рамках терапии, так и в отношениях со значимыми другими. Как и в случае лечения пациентов с ПРЛ, основной стратегией является работа с режимами.

Далее мы представляем элементы курса лечения примерно в том порядке, в котором мы это делаем для пациента.

Текущие жалобы пациента как рычаги воздействия на него

Психотерапевт стремится к тому, чтобы пациенты были в контакте со своими эмоциональными страданиями, потому что как только страдания исчезнут, они, скорее всего, прекратят лечение. Чем дольше психотерапевт удерживает пациентов в состоянии осознания их внутренней пустоты, чувства неполноценности и одиночества, тем больше у него рычагов для того, чтобы убедить их продолжать лечение. Если пациент приходит на сеанс в состоянии эмоционального стресса, это состояние может послужить рычагом, чтобы мотивировать пациента продолжать лечение и попытаться измениться. Психотерапевт также сосредоточивается на негативных последствиях нарциссизма пациента, таких как разрыв отношений с любимым человеком или неудача в карьере.

Большинство пациентов с нарциссическим расстройством личности приходят к психотерапевту вовсе не с целью поработать над чувствами эмоциональной депривированности и неполноценности, лежащими в основе их проблем. Скорее, их цель — вернуть утраченный источник одобрения или избавиться от некоторых негативных последствий своего самовозвеличивания или самоутешения. Они приходят за помощью в поддержании своих режимов Самовозвеличивателя и Отстраненного самоутешителя. Как только становится ясно, что психотерапевт не будет обслуживать интересы этих двух режимов, некоторые пациенты приходят в ярость и решают прекратить лечение. Однако если психотерапевт может удержать внимание пациентов на осознании собственных эмоциональных страданий, неизбежности жизненных потерь и негативных последствий, которые наступят, если они не изменятся, то это может послужить для них причиной продолжать лечение. Эмоциональная связь с психотерапевтом и боязнь ответных действий со стороны других людей являются основными источниками

мотивации для продолжения терапии. Если психотерапевт может удерживать пациента в режиме Одинокого ребенка и заботиться о нем, то пациент, скорее всего, будет продолжать лечение, а в других режимах он вряд ли на это согласится.

Психотерапевт устанавливает связь с Одиноким ребенком

В рамках терапевтических отношений психотерапевт пытается создать такое место, где пациент чувствует заботу о себе и ощущает, что его ценят, без необходимости быть идеальным или особенным, и где пациент, в свою очередь, тоже проявляет заботу о психотерапевте и ценит его, не требуя, чтобы тот был идеальным или особенным. Психотерапевт устанавливает связь с режимом Одинокого ребенка. Он поддерживает попытки пациента проявить свою уязвимость и предоставляет ему "безусловное положительное отношение" (*Rogers, 1951*).

Пациенты с нарциссическим расстройством личности часто не отдают себе отчета в том, что им сложно поддерживать близкие отношения с другими людьми. Возможно, они никогда не испытывали истинной близости. На примере терапевтических отношений они начинают понимать, как им трудно эмоционально сблизиться с людьми. Психотерапевт осуществляет рефрейминг терапевтической цели — помочь пациентам оставаться в режиме Одинокого ребенка и попытаться удовлетворить их базовые эмоциональные потребности. В отличие от родителя, который был необходим для Самовозвеличивателя, психотерапевт необходим Одинокому ребенку. Психотерапевт помогает пациенту переносить боль, оставаясь в режиме Одинокого ребенка и не переключаясь на один из других режимов. Психотерапевт поддерживает пациента в режиме Одинокого ребенка, тем самым способствуя излечению схемы. Посредством ограниченного родительства, психотерапевт частично обеспечивает пациента "противоядием" от схем Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости, а также от других его схем.

Психотерапевт противостоит поведению пациента, ориентированному на поиск одобрения, не обесценивая при этом самого пациента как личность. Психотерапевт всегда стремится донести до пациента одно и то же послание: "Меня волнуете вы сами, а не ваше поведение или внешний вид". Подчеркивая принцип взаимности, психотерапевт устанавливает границы. Психотерапевт дает посыл: "Я забочусь о вас, но я также забочусь о себе и о других людях. Мы все в одинаковой мере заслуживаем заботы".

Когда пациент несправедливо гневается на психотерапевта, то психотерапевт сопереживает ему. Психотерапевт выражает сочувствие и понимание точки зрения пациента, но исправляет любые искаженные представления пациента о том, что психотерапевт эгоистичен, что он чего-то лишает, обесценивает или контролирует пациента. Если пациент выражает обоснованную критику, но делает это унижающим образом, психотерапевт отстаивает свои права. Психотерапевт сообщает ему следующее: "Мы все заслуживаем заботы, даже если мы не идеальны". Психотерапевт объясняет, какие чувства вызывает в нем обесценивающее поведение пациента, и как оно будет влиять на других людей, вне терапии. Психотерапевт также помогает пациенту увидеть ситуацию со стороны, чтобы в терминах режимов объяснить, почему пациент так себя ведет.

Психотерапевт тактично противостоит снисходительному и вызывающему отношению пациента

Рано или поздно большинство пациентов с нарциссическим расстройством личности начинают относиться к своим психотерапевтам так же, как ко всем остальным: снисходительно и вызывающе. Пациент начинает обесценивать психотерапевта. Когда это происходит, важно, чтобы психотерапевт противостоял пациенту, иначе психотерапевт утратит уважение со стороны пациента.

Психотерапевтам часто бывает трудно противостоять таким пациентам, особенно потому, что, по нашему опыту, очень многие психотерапевты имеют схемы Самопожертвования или Покорности. Эти схемы, как правило, затрудняют противопоставление ассертивности нарциссизму. Если эти пациенты чем-то напоминают одного из родителей психотерапевта — например, если они требовательны, критичны или склонны контролировать, — то психотерапевт рискует возобновить дезадаптивное детское поведение, вместо того чтобы действовать в интересах пациента. Например, психотерапевты могут выдвигать необоснованные требования или терпеть неуважение со стороны пациента.

Психотерапевты должны быть внимательными к активации собственных схем при лечении пациентов с нарциссическим расстройством личности. Запуск схем психотерапевта может привести к контрпродуктивным реакциям, таким как ответный выпад или состязательность, что вредит, а не помогает пациентам. У психотерапевтов со схемами Самопожертвования или Покорности обычно были эмоционально холодные, нуждающиеся в заботе или контролирующие родители, так что поведение пациентов с нарциссическим расстройством личности часто повторяет то, что делал родитель и что приносило им боль в детстве. Следовательно, с такими пациентами психотерапевты рискуют вернуться к своим детским копинговым стратегиям вместо перевоспитания пациента.

Важно, чтобы психотерапевт противостоял пациенту, но использовал при этом эмпатическую конфронтацию. Психотерапевт может делать такие утверждения.

- "Я знаю, что вы не хотите оскорбить меня, но когда вы говорите со мной подобным образом, то это *ощущается* так, будто вы пытаетесь причинить мне боль".
- "Когда вы говорите со мной таким тоном, я чувствую, что вы держите дистанцию в нашем общении, хотя и знаю, что вы расстроены и нуждаетесь в моей помощи".
- "Когда вы говорите со мной настолько уничижительно, это заставляет меня отстраниться от вас и мешает мне дать вам то, в чем вы нуждаетесь".
- "В глубине души вы хотите научиться строить близкие отношения с людьми, но при такой манере разговора никто не захочет быть рядом с вами".

Психотерапевт указывает на обесценивающее поведение пациента, демонстрируя свое понимание того, почему пациент ведет себя таким образом, и в то же время информируя пациента о негативных последствиях такого поведения в отношениях — с психотерапевтом или с другими людьми.

В следующем фрагменте д-р Янг начинает противостоять режимам Самовозвеличивателя и Отстраненного самоутешителя пациента. Обсуждая ранние этапы отношений Карла с его женой, Даниэль, д-р Янг отмечает, что Карл пытается обесценить психотерапевта.

Д-Р ЯНГ: Как выглядела тогда Даниэль? Она была красивой? Была ли она вашим идеалом?

КАРЛ: Она была прекрасна. Но не забывайте, я был пьян, когда мы познакомились. Я сидел, она сидела. (*Смеется.*) Я всегда в шутку говорю, что никогда бы не влюбился в девушку столь низкого роста, если бы не эти два обстоятельства: я был пьян в доску, и мы оба сидели. У нее было правильное телосложение, такой цвет волос, который мне всегда нравился.

Д-Р ЯНГ: Получается, она соответствовала всем вашим объективным критериям красоты?

КАРЛ (*раздраженно*): Это не объективные критерии. Это те критерии, которыми мы неосознанно, интуитивно руководствуемся, но никто на самом деле не знает, откуда они берутся.

Д-Р ЯНГ: Значит, вам тогда показалось, что она соответствует вашим, как вы говорите, неосознанным критериям...

КАРЛ (*перебивает*): Ну, она была *достаточно близка* к тому, чтобы им соответствовать. Она была заинтересовала во мне, а я был готов к новым отношениям. Я имею в виду, что произошло некое стечение факторов.

Д-Р ЯНГ (*пауза*): Когда мы говорим, Карл, возникает ощущение, что стоит мне отклониться хоть на один градус от того, что утверждаете вы, вы принимаете это за атаку с моей стороны и сопротивляетесь так, как будто мы с вами отчаянно спорим. Вы понимаете, что я имею в виду? Вместо того чтобы сказать: "Да, вы правы, это в целом верно, но не совсем так", вы говорите: "Это совершенно неверно".

КАРЛ (*раздраженно*): Я не вижу в этом никакого отклонения на *один* градус, это отклонение минимум градусов на *пять* — я по-другому смотрю на это. Я излишне разборчив, вы так считаете?

Психотерапевт мягко противостоит Карлу, затем Карл отвечает вызывающе. Психотерапевт продолжает говорить, проявляя эмпатию, в то время как Карл продолжает обесценивать наблюдения психотерапевта. Тем не менее, это не отпугивает психотерапевта, который продолжает противостоять Карлу, не сердясь и не наказывая его; вместо этого, психотерапевт неоднократно указывает на последствия поведения Карла в его отношениях с психотерапевтом и другими людьми в его жизни. Психотерапевт пытается посмотреть на происходящее со стороны, спокойно наблюдая за пациентом, выражая ему свое сочувствие и обеспечивая объективную обратную связь и просвещение.

Д-Р ЯНГ: Как это влияет на другого человека, если вы говорите с ним, как со мной сейчас, постоянно поправляя его?

КАРЛ: Я не знаю (*тихо смеется*).

Д-Р ЯНГ: Как вы думаете? Вы упомянули, что вы чувствительный человек...

КАРЛ (*перебивает*): Я обычно чувствителен к реакциям окружающих. Кажется, сейчас это вас беспокоит. Кажется, вас расстраивает, что я вас опять поправляю.

Д-Р ЯНГ: Ну, я думаю, это будет расстраивать и других людей, если их будут поправлять каждый раз, когда они что-то скажут. Я психолог; я понимаю, что, с учетом ваших проблем, для вас очень важно быть перфекционистом и следить за тем, чтобы все было правильно, поэтому могу сказать: "Ладно, с его точки зрения, задача сделать все правильно является очень важной".

КАРЛ (*перебивает*): Мне кажется, что это довольно важно для меня только в разговоре.

Д-Р ЯНГ: Да, но я говорю о том случае, когда вы говорите с человеком, который не является психологом, пытающимся понять ваши глубинные мотивы. Если вы будете делать то же самое в обычном, повседневном общении, человек воспримет это как своего рода критику: будто бы то, о чем он сказал вам, не является достаточно умным и не соответствует вашим ожиданиям от разговора.

КАРЛ: Или как ненужное дополнение к вопросу, который больше не требует обсуждения.

Д-Р ЯНГ: Да, но лично я не так обеспокоен этим, как те люди, чьи чувства легко задеть.

Карл пытается отвлечь внимание психотерапевта от идеи причинения вреда другим людям: он старается удерживать обсуждение на интеллектуальном уровне и оправдывать свой стиль поведения, занижая масштаб его влияния на других людей. Однако психотерапевт не позволяет ему уйти в сторону от неприятной темы. Психотерапевт продолжает деликатно, но настойчиво утверждать, что поведение Карла может причинять боль другим людям. В следующем фрагменте беседы Карл начинает проявлять некоторое понимание своего поведения.

КАРЛ: Итак, момент, на который вы указываете, — и я считаю это полезным наблюдением, — заключается в том, что у меня есть склонность рассматривать социальные взаимодействия в виде некой игры — вы можете называть это игрой, — цель которой состоит в своего рода интеллектуализации. И вы считаете, что это слишком узкий контекст для любого возможного взаимодействия.

Д-Р ЯНГ: На самом деле, в результате такого поведения происходит как бы исключение чувств из общения. Какие бы чувства я ни испытывал по отношению к вам, или что бы вы ни испытывали по отношению ко мне, эти чувства теряются в нашем диалоге, несмотря на его многословность. Это похоже на чтение книги, в которой много слов, но нет эмоций.

КАРЛ: Возможно, это мой паттерн. Возможно, это мой способ убрать эмоции из общения.

Карл признает истинность того, о чем говорит психотерапевт, — что он рационализирует и критикует, чтобы избежать своих чувств, — и это является признаком прогресса с его стороны. Тем не менее, он вскоре возвращается к попыткам высмеять психотерапевта. Д-р Янг включает в разговор нынешнего психотерапевта Карла, Лию.

Д-Р ЯНГ: Одной из проблем, о которых говорила Лия, был "танец доминирования" — это одна из ваших тем.

КАРЛ (*презрительно смеется*): Я думаю, это всего лишь то, что *вы сами* ухватили из ее слов. Я не знаю, является ли это одной из моих тем. Это просто броская фраза.

Д-Р ЯНГ: Да, она упомянула об этом, но мне кажется, что в данном контексте это может быть важно. Возможно, в интеллектуальном разговоре двух людей иногда действительно имеется соответствующий подтекст — эти люди могут состязаться друг с другом, чтобы узнать, кто умнее или кто более точен в формулировках.

КАРЛ (*вызывающе*): Ага, ну да. Но, позвольте заметить, *для танго нужны двое*.

Д-Р ЯНГ (*недоуменно*): Вы считаете, что мне тоже нравилось вести беседу в подобном стиле?

Подобный вид борьбы — постоянный "поединок" с выпадами и защитными приемами — является неотъемлемой частью лечения пациентов с нарциссическим расстройством личности. Пациент продолжает спорить с психотерапевтом или обесценивать его, а психотерапевт продолжает реагировать спокойно, указывая на негативное влияние этого поведения как на психотерапевта, так и на других значимых людей в жизни пациента.

По мере продолжения беседы с психотерапевтом, Карл постепенно начинает осознавать правду в его словах. Хотя существует часть Карла, продолжающая вести борьбу с психотерапевтом (самовозвеличивающий, отстраненный режим, который не желает чувствовать себя униженным и отказывается сдаваться), но есть и здоровая часть личности пациента, которая постепенно становится более восприимчивой к психотерапевту и более осознанной в том, что он делает. Терапевтическая цель — помочь Карлу выстроить режим Здорового взрослого.

Психотерапевт тактично напоминает о своих правах всякий раз, когда пациент нарушает их

Каждый раз, когда пациент прибегает к обесцениванию, психотерапевт практикует ассертивное поведение при взаимодействии с ним. Психотерапевт устанавливает границы для пациента — подобно тому, как это делает родитель для ребенка. Так же, как хороший родитель не допускает проявления в домашних условиях поведения, которое могло бы быть неприемлемым вне дома — например, издевательств или унизительных высказываний, — так и психотерапевт не позволяет пациенту вести себя в той манере, которая была бы неприемлема в общении с людьми вне терапии. Психотерапевт устанавливает границы, когда пациент ведет себя неподобающе.

Вот несколько рекомендаций, которым психотерапевты могут следовать, устанавливая границы для пациентов с нарциссическим расстройством личности.

1. *Психотерапевты проявляют эмпатию в отношении нарциссических взглядов пациента и тактично оспаривают его чувство особых прав.* Психотерапевт акцентирует внимание на том, почему пациент с нарциссическим расстройством личности считает "правильным" действовать эгоистично, одновременно давая пациенту понять, каким образом это поведение влияет на других людей. Психотерапевт должен найти оптимальный баланс между эмпатией и конфронтацией. Если психотерапевт в недостаточной мере выражает эмпатию, то пациент будет чувствовать себя неправильно понятым и оскорбленным, не будет слушать то, о чем говорит психотерапевт. Если психотерапевт недостаточно противостоит пациенту, тот будет чувствовать, что психотерапевт дал ему неявное разрешение на поведение в соответствии с его претензией на особые права.
2. *Психотерапевты не защищаются и не атакуют в ответ, когда пациенты обесценивают их.* Психотерапевт не позволяет себе вовлечься в игру пациента. Психотерапевт поднимается над конкретным содержанием его нападок и не воспринимает их как оскорбления, адресованные ему лично, сосредоточиваясь не на содержании, а на межличностных аспектах дискуссии. Психотерапевт, который спорит о содержании слов пациента, обычно совершает ошибку. Как только психотерапевт занимает оборонительную позицию или атакует в ответ, он вступает в игру, правила которой устанавливает пациент; соответственно, пациент начинает контролировать и сам ход сеанса. Скорее, психотерапевт остается сосредоточенным на процессе происходящего — на том, что пациент обесценивает психотерапевта, дабы избежать своих эмоций — и продолжает эмпатически противостоять пациенту, говоря о последствиях такого поведения.
3. *Психотерапевты отстаивают свои права, не прибегая к наказаниям.* Когда пациенты нарушают права психотерапевта, психотерапевт, используя эмпатическую конфронтацию, указывает на это. Психотерапевт говорит что-то вроде: "Я знаю, что вы, вероятно, не хотели сделать мне больно, и глубоко внутри вас есть ощущение, что ваши чувства неправильно поняты, но меня не устраивает то, как вы говорите со мной сейчас".
4. *Психотерапевты не позволяют пациентам принуждать других людей выполнять желания пациентов.* Скорее, психотерапевты устанавливают четкие границы, основываясь на том, что для них является удобным и справедливым, независимо от того, какое давление оказывает пациент. Например, психотерапевты не позволяют пациентам постоянно переносить занятия, корректировать график, требовать продления текущего сеанса, анализировать потенциальных любовников или соперников с целью манипулировать ими в дальнейшем или победить в борьбе с ними. Также недопустимыми являются иные способы выхода за границы терапевтических отношений. Кроме того, психотерапевты не пытаются наносить ответных ударов пациентам.
5. *Психотерапевты устанавливают, что терапевтические отношения основаны на принципе взаимности, а не на подчинении.* Когда пациент неподобающим

образом ведет себя с психотерапевтом, психотерапевт указывает на это. Психотерапевт говорит что-то вроде: "Я знаю, что вы напуганы и нуждаетесь в моей помощи прямо сейчас, но я чувствую, что вы относитесь ко мне как к прислуге, и это отталкивает меня" или "Вы относитесь ко мне неуважительно, и мне трудно оставаться рядом с вами и поддерживать вас таким образом, как мне бы этого хотелось, потому что я знаю, что на самом деле вы страдаете".

Часто пациент отвечает: "Я плачу вам". Психотерапевт может ответить: "Вы платите за мое время, а не за право неуважительно относиться ко мне". Психотерапевт сообщает, что единственным допустимым форматом терапевтических отношений является общение на равных. Тот факт, что пациент платит психотерапевту, не дает ему права неуважительно относиться к психотерапевту и не обязывает психотерапевта выполнять все требования пациента.

6. *Психотерапевты ищут доказательства присутствия базового чувства уязвимости у пациента и указывают на него каждый раз, когда оно дает о себе знать.* Психотерапевт ищет в пациенте режим Одинокого ребенка и обращает внимание пациента на этот режим, когда он проявляется. К признакам проявления режима Одинокого ребенка относятся: выражение тревоги, грусти или стыда; признание слабости; признание неудовлетворенных потребностей. Психотерапевт поощряет пациента как можно дольше оставаться в режиме Одинокого ребенка.
7. *Психотерапевты выходят за рамки конкретных случаев и просят пациента изучить мотивацию, которая стоит за его особыми правами, самовозвеличиванием, обесцениванием или избеганием.* Психотерапевты не должны фокусироваться исключительно на содержании аргументов пациента. Скорее, они обращают внимание на то, как ведет себя пациент, и как это поведение влияет на окружающих. Психотерапевт понимает, что пациент на самом деле чувствует себя уязвимым. Пациенты, которые ведут себя обесценивающее по отношению к окружающим, часто пытаются заставить психотерапевта почувствовать то же самое, что психотерапевт заставил их самих почувствовать, и содержание аргумента в большей степени указывает на то, как пациент переживал свое унижение, а не на восприятие пациентом недостатков психотерапевта.

   Чтобы не выглядеть обвиняющим, психотерапевт задает вопросы. Он спрашивает: "Почему вы делаете это именно сейчас? Почему так высокомерны? Почему вы отталкиваете меня? Почему не хотите об этом поговорить? Почему злитесь на меня?"

   Часто пациенты с нарциссическим расстройством личности весьма умны и находчивы, и они вполне способны опровергнуть аргументы психотерапевта в словесной перепалке. Однако, даже выигрывая спор, пациенты поступают ошибочно, если недооценивают психотерапевта или обращаются с ним небрежно. Возможно, они не ошибаются в отношении предмета спора, но они совершенно неправильно выбирают поведение и стиль. Не реагируя на язвительные выпады пациента так, как тот ожидает, психотерапевт уходит от большинства споров.
8. *Психотерапевты ищут общие нарциссические темы и указывают на них пациентам.* Примерами общих нарциссических тем являются: а) снисходительное,

конкурирующее поведение, стремление продемонстрировать собственное превосходство; б) осуждающие, критические и оценочные комментарии, положительные или отрицательные; в) статусные высказывания, которые отражают акцент на внешнем виде и успехе, а не на внутренних качествах, таких как любовь и удовлетворение.

Чтобы поддержать пациента и избежать прямой критики в его адрес, психотерапевт может указывать на такие темы в форме вопросов. Психотерапевт спрашивает: "Как вы думаете, почему сейчас вы ведете себя снисходительно?", "Почему вы меня отталкиваете?" или "Почему для вас важно рассказать мне о своих достижениях?"

9. *Психотерапевты отмечают высказывания, которые могут исходить от режимов Самовозвеличивателя или Отстраненного самоутешителя.* Это помогает пациентам научиться распознавать свои режимы, когда те проявляются. Когда пациенты находятся в режиме Самовозвеличивателя или Отстраненного самоутешителя, психотерапевт обращает внимание пациента на этот режим и помогает ему распознать эмоциональные переживания, характерные для нее.

Психотерапевт проявляет уязвимость

Один из наилучших способов показать пациентам с нарциссическим расстройством личности, что вполне приемлемо быть уязвимым в определенной ситуации или в целом, — самому быть уязвимым. Вместо того чтобы выглядеть идеальными, психотерапевты демонстрируют свою уязвимость. Психотерапевты *моделируют* уязвимость: они подтверждают, что их личные чувства могут быть задеты, и охотно признают ошибки на том уровне, который был бы уместен в близких отношениях. Они готовы быть неидеальными. Даже если многие из их пациентов рассматривают уязвимость как признак слабости, для психотерапевтов важно должным образом выражать свою собственную уязвимость. Мы не предлагаем психотерапевту обсуждать интимные подробности личной жизни; скорее, речь идет о том, что психотерапевты делятся с пациентами своими уязвимыми чувствами, которые возникают в ходе терапевтического сеанса. В целом психотерапевтам лучше начинать проявлять больше уязвимости по мере достижения пациентом определенного терапевтического прогресса, чем в начале лечения. Если психотерапевт демонстрирует излишнюю уязвимость на ранних этапах работы, пациент может неправильно интерпретировать это и решить, что психотерапевт слишком слаб, чтобы справиться со сложной проблемой пациента. Психотерапевт начинает с позиции силы, демонстрируя свою способность устанавливать границы. Таким образом, то, что психотерапевт пытается выразить своим поведением во время сеансов, — это некая комбинация уверенности, силы и уязвимости.

В следующем фрагменте психотерапевт выражает свою уязвимость, чтобы побудить Карла сделать то же самое. В начале фрагмента психотерапевт говорит Карлу, что его стремление соперничать с собеседниками (его так называемая "игра") обусловлена глубинным чувством собственной неполноценности, о котором он даже не подозревает. Другими словами, Карл компенсирует чувства Одинокого ребенка, переключаясь в режим Самовозвеличивателя.

Д-Р ЯНГ: Когда вы ведете эту игру, как вы думаете, какую функцию она выполняет для вас? Какова основная функция подобной игры с кем-то?

КАРЛ (*раздраженно*): Я не знаю. Это просто естественный для меня способ общения, он держит меня в тонусе.

Д-Р ЯНГ: Такое чувство, что есть более глубокий ответ на этот вопрос.

КАРЛ: Да, вы спрашивали, какова для меня цель этой игры в целом? Если бы я мог понять, в какие моменты времени я начинаю играть в эту игру, то смог бы определить и цель, да? Но если подумать конкретно о том, почему я веду эту игру в общении с вами... (*Пауза.*) Если это на самом деле отрывает меня от содержания нашего взаимодействия, то это способ, с помощью которого я контролирую разговор и смещаю его направление от возможного эмоционального содержания, которое может быть немного неудобным, к той сфере, которая более комфортна для меня.

Д-Р ЯНГ: Да, мне это кажется верным. Это похоже на то, что происходило на наших сеансах. Есть ли у вас ощущение того, что вы можете пытаться уклониться от того, что приносит вам дискомфорт? Каково было бы вообще не играть в эту игру и просто быть полностью эмоционально открытыми друг к другу? Вы можете поделиться своими эмоциональными реакциями относительно меня, а я могу поделиться своими реакциями в отношении вас. Я мог бы задать вам вопросы о том, что вы чувствуете на эмоциональном уровне, и вы бы просто открыто обсудили это со мной.

КАРЛ: Думаю, это было бы трудно.

В этот момент Карл наконец осознает свою мотивацию — увести разговор от эмоционально насыщенных тем, которые могут его расстроить. Он выбирает отрешенность и самовозвеличивание, чтобы избежать близости и активации режима Одинокого ребенка. Эти избегающие и компенсаторные режимы подавляют его режим Одинокого ребенка. Карл прекратил обесценивать психотерапевта. Он на мгновение переключается на режим Одинокого ребенка, а затем возвращается к прежнему состоянию.

Психотерапевт представляет концепцию режима Одинокого ребенка

Затем психотерапевт начинает более прямо обращаться к режиму Одинокого ребенка своего пациента. Психотерапевт сообщает Карлу, что ведет видеозапись их беседы, и спрашивает о его чувствах. Карл отвечает, отрицая любые проявления чувства уязвимости со своей стороны. Психотерапевт в ответ выражает собственную уязвимость.

Д-Р ЯНГ: Как вы себя чувствуете, находясь здесь со мной и зная, что наш разговор записывается? Помимо рационального анализа этой ситуации, что вы чувствуете насчет нее?

КАРЛ: Я думаю, что способен игнорировать это.

Д-Р ЯНГ: У вас совсем нет эмоциональной реакции или каких-либо возражений?

КАРЛ (*пауза*): С моей или с вашей стороны?

Д-Р ЯНГ: С обеих сторон. У меня, конечно, есть эмоциональная реакция. Я нахожусь здесь, и я делаю видеозапись, которую будут смотреть люди...

КАРЛ (*перебивает*): Ну, ваша реакция на этот факт сильнее, чем у меня, и это понятно, потому что я просто очередной пациент, можно сказать, аноним, а вот для вас это работа... (*Хихикает.*) Меня не будут оценивать на основании того, что тут происходит, а вот *вас* оценивать будут. Эта реакция существует в *вашем* сознании, а не в *моем*.

Д-Р ЯНГ: В рациональном плане это имеет смысл, но почему-то на уровне интуиции я в это не верю. Я полагаю, что любой, кто будет находиться в этой ситуации, найдет в себе какой-то внутренний отклик.

КАРЛ (*раздраженно*): Тогда почему бы вам самому не рассказать о своих чувствах?

Д-Р ЯНГ: Ну, кажется, я уже это сделал. Я сказал вам, что я немного нервничаю, потому что нахожусь здесь в ситуации, в которой у меня есть большие ожидания относительно себя, и люди, которые будут смотреть это видео, тоже имеют большие ожидания насчет меня, и есть реальная возможность, что я могу ошибиться, что-то может пойти не так, и это будет неловко.

КАРЛ (*перебивает*): Но разве вы не видите, что у меня здесь нет шансов ошибиться. Я — пациент. Я могу делать и говорить все, что хочу. (*Торжествующе смеется.*)

Д-Р ЯНГ: Я не говорю, что вы неправы. Но вы уверены, что это то, что вы чувствуете на самом деле, что у вас нет глубинной тревоги или беспокойства о том, что на вас будут смотреть?

КАРЛ: Возможно, вам трудно это понять, потому что вы заранее ожидаете, что пациенты неуверенно себя чувствуют на сеансах.

Д-Р ЯНГ: Да. В частности, вы упоминали, что бывали моменты, когда вы стеснялись.

КАРЛ: Да, но в целом у меня все нормально с уверенностью в себе.

Карл сейчас находится в режиме Самовозвеличивателя; он позволяет себе язвительные намеки в адрес психотерапевта и при этом не осознает присутствия своего режима Уязвимого ребенка. Психотерапевт настаивает, но пациент еще не готов осознать, какие чувства являются настоящим источником его поведения.

Психотерапевт начинает представлять пациенту идею о том, что внутри него находится одинокий ребенок — основная часть пациента, которая чувствует себя уязвимой, напуганной, недостаточно хорошей и потерянной. Психотерапевт сообщает пациенту, что у него есть право чувствовать себя уязвимым, в то же время указывая на его режимы Самовозвеличивателя и Отстраненного самоутешителя.

В следующем фрагменте д-р Янг исследует отношения Карла с его первым психотерапевтом, Лией, чтобы выяснить, может ли Карл признать какие-либо чувства уязвимости или эмоциональной связи с ней. Опять же, Карл демонстрирует проблему с признанием собственной уязвимости.

Д-Р ЯНГ: Как вы себя чувствуете на сеансах с Лией, если сравнивать с подобными ситуациями на наших с вами сеансах? Каковы ваши эмоциональные ощущения, когда вы работаете с ней? Они отличаются от того, что вы чувствуете на сеансах со мной?

КАРЛ: Ну, думаю, я стараюсь использовать все навыки, которым обучился на сеансах с Лией, чтобы попытаться применить их здесь.

Д-Р ЯНГ: Нет, я имел в виду, когда вы находитесь на сеансе с Лией, какие эмоции у вас возникают?

КАРЛ: Ну, я стараюсь держаться отстраненно, пытаюсь замечать и анализировать свои эмоции по мере их возникновения.

Д-Р ЯНГ: Но есть какое-то ощущение, что вы не хотите чересчур поддаваться своим чувствам, не хотите быть поглощенным эмоциями?

КАРЛ: Ну, это не всегда так. Иногда я думаю о том, что мне нравится погружаться в свои эмоции и открывать их для себя, чувствовать их.

Д-Р ЯНГ: Но почему тогда вы пытаетесь поддерживать свой образ отстраненного собеседника?

КАРЛ: Нет, я думаю, что отстраненность — это не образ, а мое естественное состояние. Это естественное состояние Карла.

Д-Р ЯНГ: Отстраненность?

КАРЛ: Да.

Д-Р ЯНГ: Тогда вернемся к другому объяснению: вы отстранены, потому что хотите избежать определенных эмоций, которые не желаете испытывать.

КАРЛ: Теперь вы спросите, когда я научился быть отстраненным, ведь я не стал отстраненным внезапно, в возрасте 37 лет.

Д-Р ЯНГ: Как вы думаете, когда вы начали развивать эту отстраненную сторону себя?

КАРЛ: Возможно, в четыре года или ранее. Несомненно, это происходило в детстве, пока я рос.

Карл признает, что он отстранен, что отстраненность является его нормальным состоянием, и что это началось в его жизни довольно рано. Сейчас психотерапевт частично получил доступ к его режиму Одинокого ребенка. Теперь он может исследовать то, что находится в основе его отстраненности, — почему в возрасте четырех лет начала развиваться эта отстраненность, что такое он чувствовал, что привело к развитию этого режима.

Д-р Янг и Карл называют отстраненную часть Карла отстраненным Карлом. На самом деле, этот режим представляет собой смесь режима Самовозвеличивателя и Отстраненного самоутешителя.

Психотерапевт исследует источники происхождения режимов в детстве пациента с помощью техник визуализации

Как только пациент начинает осознавать факт наличия своих режимов, психотерапевт начинает изучать источники их происхождения в детстве, особенно в тех аспектах, которые касаются режима Одинокого ребенка. Мы обнаружили, что наиболее эффективными для этой задачи являются техники визуализации. Однако почти все пациенты поначалу сопротивляются выполнению подобных упражнений, и психотерапевту приходится преодолевать это сопротивление.

В следующем фрагменте психотерапевт исследует источники происхождения отстраненного режима Карла. Психотерапевт просит Карла выполнить упражнения по работе с воображением, но Карл сначала высказывает множество отговорок, а затем сопротивляется процессу работы с воображением.

Д-Р ЯНГ: Вы хотели бы выполнить упражнение на визуализацию, чтобы получить образ себя — такого, каким вы были до возникновения вашей склонности к отстраненности? Могу ли я попросить вас закрыть глаза и представить себя трехлетним ребенком (до того, как вы стали отстраненным), чтобы я мог почувствовать, какой тогда была ваша эмоциональная часть, прежде чем вы стали эмоционально отрешенным? Хотели бы вы попробовать сделать это и сказать мне, что вы видите?

КАРЛ: Вы можете попробовать, но я бы не стал особо полагаться на трехлетку. (*Смеется.*)

Д-Р ЯНГ: Ну, попробуйте увидеть себя таким маленьким, каким только сможете представить.

КАРЛ: Знаете, я думаю, что возвращение назад в прошлое похоже на погружение на дно колодца, который наполнялся грязью в течение многих лет. И если вы хотите добраться до самого дна, вы не можете просто взять и заглянуть туда, вы должны сначала выкопать всю эту грязь и убрать ее — вот как я это ощущаю.

Д-Р ЯНГ: Да, я понимаю, что вы имеете в виду. Вам кажется, что образы детства трудно вызвать. Но давайте попробуем. (*Пауза.*) Сейчас закройте глаза и представьте образ маленького Карла, ребенка. Скажите мне, что вы видите. Старайтесь держать свои глаза закрытыми, пока мы не закончим упражнение. Это должен быть именно образ. Не анализируйте и не комментируйте, просто попробуйте рассказать мне, что вы видите, как будто в вашей голове идет фильм.

КАРЛ: Вообще говоря, я не вижу образов.

Д-Р ЯНГ: Итак, держите глаза закрытыми, пытайтесь представить Карла в детстве. Вы действительно ничего не видите?

КАРЛ: Верно. Я не вижу образа, различимого образа.

Д-Р ЯНГ: А что вы вообще видите, когда заглядываете в свое прошлое?

КАРЛ: Я постараюсь получить какое-то впечатление об этом.

Д-Р ЯНГ: Да, это было бы хорошо.

КАРЛ: Я попробую и скажу вам, что получится. Но это не будет образ, который можно было бы *увидеть*.

Д-Р ЯНГ: В любом случае, чем ближе вы сможете подобраться к образу, тем лучше.

Карл продолжает сопротивляться, но, по крайней мере, он готов начать. Поскольку он сказал, что у него были проблемы с воссозданием своего детского образа, д-р Янг предлагает ему вместо этого представить себе образ матери, воссоздать ее образ таким, каким он видел ее в детстве. (Предложить пациенту более легкое задание — это одна из стратегий преодоления сопротивления при выполнении упражнений на визуализацию.)

Д-Р ЯНГ: Как насчет того, чтобы воссоздать образ вашей матери из того времени, когда вы были маленьким? Давайте начнем с этого. Это было бы легче?

КАРЛ: Да.

Д-Р ЯНГ: Что вы чувствуете, когда смотрите на выражение ее лица на картинке, которую предлагает ваше воображение? Вы как-то реагируете на нее? Что вы чувствуете?

КАРЛ: Что ж, я чувствую себя огорченным, потому что я думаю, что очень люблю мою маму и просто хочу быть с ней и любить ее.

Д-Р ЯНГ: И с ней это легко делать?

КАРЛ (*длинная пауза*): Нет.

Д-Р ЯНГ: Вы можете сказать мне, как она относится к вам и как она обращается с вами?

КАРЛ: Я не могу получить реалистичный образ. Кажется, будто она каменная. Она не двигается.

Д-Р ЯНГ: Можете сказать ей, что вам нужно от нее? Прямо сейчас, в образе, обращаясь к ней как ребенок, скажите о том, что вы не сказали тогда. Просто скажите ей об этом вслух, чтобы я мог слышать.

КАРЛ (*в роли ребенка*): “Мамочка, я просто хочу, чтобы ты обняла меня и любила меня, обращала на меня внимание и всегда была со мной. И никогда не отпускала меня”.

Д-Р ЯНГ: Вы можете взять и прикоснуться к ней или она не расположена к проявлениям эмоций?

КАРЛ: Она как камень. В моем образе она словно сделана из камня.

Д-Р ЯНГ: И все же, когда вы смотрите на нее, вы можете представить, о чем она думает? Вы можете проникнуть в ее мысли?

КАРЛ (*длительная пауза*): Я думаю, ей просто очень, очень грустно.

Д-Р ЯНГ: О чем она думает, когда вы говорите ей: "Я хочу быть с тобой, я хочу обнять тебя, я хочу, чтобы ты любила меня"?

КАРЛ: Я думаю, только часть ее способна слышать эти слова. Я думаю, она подавлена грустью.

Д-Р ЯНГ: Я понял. Итак, она поглощена собой, своим плохим настроением?

КАРЛ: Да.

Д-Р ЯНГ: А сейчас представьте, что она отвечает вам, когда вы обращаетесь к ней с такой просьбой.

КАРЛ: Она не хочет говорить со мной. На самом деле, я думаю, она злится, что я беспокою ее.

Д-Р ЯНГ: Как вы себя чувствуете по поводу того, что она злится на вас?

КАРЛ: Это заставляет меня чувствовать себя ужасно.

Здесь мы впервые получили доступ к режиму Уязвимого ребенка при работе над образами. Пациент описывает мать, которая словно сделана из камня, которая не может себя эмоционально проявить, а он — ребенок, который ждет любви, но не имеет возможности получить ее.

Психотерапевт двигался в этом направлении, пытаясь сделать так, чтобы Карл признал и пережил свой режим Одинокого ребенка. В конце концов, психотерапевт обходит отстраненный, самовозвеличивающий режим Карла, с которой возможно установление лишь поверхностных связей. Сейчас психотерапевт может формировать связь с одиноким ребенком. Психотерапевт может осуществить замещающее родительство для режима Одинокого ребенка и начать процесс исцеления схемы.

Психотерапевт и пациент работают с режимами функционирования схем

Психотерапевт помогает пациенту научиться идентифицировать и обозначать свои режимы, а затем проводить диалоги между ними. В следующем фрагменте беседы психотерапевт выделяет два режима— маленького Карла и отстраненного Карла. Первый режим является Одиноким ребенком, а второй — сочетанием режимов Отстраненного самоутешителя и Самовозвеличивателя. Начав с маленького Карла, д-р Янг помогает Карлу установить эмоциональную связь с его режимами.

Д-Р ЯНГ: Я хочу, чтобы вы разделили себя, так сказать, на двух Карлов: Карла, который является маленьким ребенком и хочет любви своей матери, и Карла, который ведет себя отстраненно.

КАРЛ: Хорошо.

Д-Р ЯНГ: Вы видите их обоих?

КАРЛ (*кивает*).

Д-Р ЯНГ: Опишите мне их обоих, чтобы я мог видеть их различия: чем отличается их внешность, чем отличаются их чувства?

КАРЛ: Ну, Карл, желающий материнской любви, очень грустный. (*Пауза*). Ему так грустно, что он расстраивает и отстраненную часть Карла. (*Смеется*).

Д-Р ЯНГ: Понятно. Он *парализован* грустью? Скажем, как будто он хочет просто оставаться в постели весь день и ничего не делать? Это грусть, из-за которой он едва может двигаться?

КАРЛ (*пауза*): Нет. Но почти.

Д-Р ЯНГ: Почти.

КАРЛ: Но не совсем.

Здесь психотерапевт связывает депрессию Карла с грустью его режима Одинокого ребенка. Как только психотерапевт помог Карлу распознать его режимы — Уязвимого ребенка, Отстраненного самоутешителя и Самовозвеличивателя, — он переходит к изучению схем, лежащих в основе этих режимов. Психотерапевт начинает задавать вопросы, чтобы определить, какие схемы характерны для режима Одинокого ребенка Карла. В частности, он исследует, присутствует ли у Карла базовая схема Дефективности/Стыдливости в дополнение к схеме Эмоциональной депривированности, образ которой он уже представил в виде матери, словно сделанной из камня.

Д-Р ЯНГ: И он чувствует себя неуверенным, нелюбимым, отвергнутым или просто одиноким? Что огорчает его?

КАРЛ: Я думаю, он чувствует себя неуверенно по поводу... (*пауза*). Ну, в основном отверженным, я бы сказал.

Д-Р ЯНГ: Есть ли у него какие-то предположения насчет того, почему мать не хочет любить его так, как ему бы того хотелось?

КАРЛ: Нет, он просто смущен.

Д-Р ЯНГ: Он думает, что с ним что-то не так?

КАРЛ: Нет.

Д-Р ЯНГ: Как он думает, в чем дело?

КАРЛ: Он не понимает.

Д-Р ЯНГ: Он не знает?

КАРЛ: Нет, он просто не понимает.

Д-Р ЯНГ: Он просто сильно скучает?

КАРЛ: Да, и он не понимает, почему.

Д-Р ЯНГ: Он одинок? Он чувствует себя изолированным или одиноким?

КАРЛ: Он одинок в том смысле, что ему не хватает внимания со стороны своей матери.

Слова Карла указывают на присутствие у него схемы Эмоциональной депривированности и отсутствие схемы Дефективности/Стыдливости. Он чувствует себя одиноким, но у него нет чувства собственной неполноценности.

Психотерапевт информирует пациента о режимах схемы. Д-р Янг объясняет Карлу концепцию режимов, используя его же режимы в качестве иллюстрации.

Д-Р ЯНГ: Глядя на ваши проблемы, кажется, что у вас присутствуют два режима функционирования схемы. Один из них — Одинокий, уязвимый ребенок, и это тот самый Карл, с которым вы познакомились в трехлетнем возрасте, тот, которому одиноко и грустно, потому что ему никто не дает любви, в которой он нуждается.

Но имеется и второй режим — в вашем случае он сочетает в себе особые права и самоутешение. И этот другой режим предназначен для того, чтобы скрывать и компенсировать более уязвимый режим маленького ребенка, которую вы не хотите переживать, и избегать ее.

КАРЛ (*соглашаясь*): Отстраненный Карл действительно не заинтересован в сближении, совсем не заинтересован в этом.

Д-р Янг продолжает исследовать другие схемы Карла. Ссылаясь на заполненные им опросники, он пытается определить, присутствует ли у Карла базовая схема Недоверия/Ожидания жестокого обращения. Он спрашивает Карла, считает ли он, что люди пытаются плохо с ним обращаться.

Д-Р ЯНГ: Исходя из ваших ответов, у меня складывается впечатление, что у отстраненного Карла не лучшее мнение о людях. Это не просто убежденность в том, что люди не будут дарить вам любовь. Это звучит так, как будто они еще более негативно настроены; там проглядывается идея, что они пытаются вас унизить, разоблачить или победить, одержать победу над вами.

КАРЛ: Ну, я думаю, что отстраненному Карлу нужно поведение компенсации, чтобы функционировать, и оно предполагает конкуренцию, соперничество с другими.

Д-Р ЯНГ: И это дает ему ощущение ценности и цели?

КАРЛ: Да.

Д-Р ЯНГ: Конкуренция как таковая — это и есть ценность для него.

КАРЛ: Да. И эта конкуренция, я считаю, существует во многих плоскостях, не только в аспекте игры, где это очевидно, но и во взаимодействии с людьми, в котором, как вы могли заметить, отстраненный Карл также соревнуется с другими. И, вероятно, он готов соперничать в общении даже с незнакомцами.

Д-Р ЯНГ: И это только потому, что началась его игра, или потому, что на самом деле он считает, что нужно успеть победить другого человека первым, иначе тот непременно победит Карла?

КАРЛ (*говорит уверенно*): Нет. Он не считает, что люди пытаются успеть выиграть у него до того, как это сделает он.

Д-Р ЯНГ: Значит, нельзя сказать, что Карл не доверяет людям?

КАРЛ: Вовсе нет.

Из слов Карла следует, что он не считает, что его обижают. Скорее, его побуждает к игре удовлетворение от победы. Базовой схемой Карла, кажется, является Эмоциональная депривированность, а не Недоверие/Ожидание жестокого обращения. Он ведет игру, чтобы заполнить пустоту своей эмоциональной депривированности, а не для того, чтобы защитить себя от жестокости или унижения.

Д-Р ЯНГ: Просто игра придает смысл вашим действиям?

КАРЛ: Она придает смысл жизни.

Д-Р ЯНГ: Ну, это если не учитывать, что она мешает вам строить искренние отношения с другими людьми.

Психотерапевт помогает Карлу достичь глубокого рационального понимания его режимов, включая схемы, лежащие в их основе.

Психотерапевт исследует адаптивные функции копинговых режимов

Психотерапевт помогает Карлу получить доступ к отстраненному Карлу и исследовать функцию, которую выполняет этот режим. Отстраненный Карл существует для того, чтобы отвлечь его от грусти.

КАРЛ: Я думаю, что смогу выйти на связь с девятилетним отстраненным Карлом.

Д-Р ЯНГ: Хорошо. Какой он?

КАРЛ: О, в каком-то смысле он неуязвим. Думаю, он видит этого маленького грустного мальчика и вспоминает о том, что и сам когда-то грустил. Но если он будет думать об этом, то может снова загрустить, а он этого не хочет.

Д-Р ЯНГ: Он не хочет думать об этом?

КАРЛ: Ну, он не привык об этом думать, нет. У него есть привычка *не думать* об этом.

Д-Р ЯНГ: Что он делает, чтобы отвлечься?

КАРЛ: О, он любит читать комиксы, играть в шахматы, смотреть телевизор. (*Пауза.*) Я не думаю, что ему нужно делать что-то особенное, чтобы быть отстраненным.

Д-Р ЯНГ: Он чаще находится в обществе других людей, или он изолирован, или ему все равно?

КАРЛ: Ему все равно.

Д-Р ЯНГ: Он не чувствует себя ни в большей безопасности, ни менее комфортно, когда он в обществе или когда, наоборот, он в одиночестве?

КАРЛ: Нет, нет. Он неуязвим.

Чтобы защитить себя от грусти по поводу матери, Карл также "превратился в камень". Психотерапевт помогает Карлу эмоционально воссоединиться с отстраненным Карлом. Обратите внимание, что отстраненный Карл изначально пытается

дистанцироваться, критикуя вопрос психотерапевта. Он демонстрирует поведение избегания схем, оставаясь верным своей основной функции. Когда д-р Янг спрашивает отстраненного Карла о его чувствах, тот раздражается.

Д-Р ЯНГ: Могу я поговорить с отстраненным Карлом?

КАРЛ: Да.

Д-Р ЯНГ: Ну что ж, вы сейчас здесь, читаете комиксы, играете в шахматы, смотрите телевизор. Как вы себя чувствуете?

КАРЛ (*пауза*).

Д-Р ЯНГ: Вам нравится это делать?

КАРЛ (*раздраженно*): Ну, я думаю, что ваш вопрос глупый.

Д-Р ЯНГ: Хорошо. Почему бы вам не придумать вопрос получше? Переформулируйте его, чтобы сделать более разумным, чтобы он лучше подходил к ситуации.

КАРЛ: Это просто занятия, которые мне нравятся. Почему вдруг они должны мне не нравиться?

Д-Р ЯНГ: Хм, похоже, отстраненный Карл любит поспорить?

КАРЛ (*раздраженно*): О, он просто не понимает. Он не понимает, что вы имеете в виду.

Д-Р ЯНГ: Но, похоже, в его голосе звучит немного гнева — он тоже что-то чувствует…

КАРЛ (*перебивает*): Вы спрашиваете, есть ли у отстраненного Карла какие-то чувства?

Д-Р ЯНГ: Я спрашиваю, есть ли у него чувство гнева, но я не спрашиваю про чувство грусти.

КАРЛ (*перебивает*): Я думаю, он будет злиться, если вы попросите его сконцентрироваться на себе.

Д-Р ЯНГ: Да, это то, что я имею в виду. Так он *все-таки* злится.

КАРЛ: Да, он будет злиться, если вы попросите его посмотреть на то, что он делает, или подумать о том, что он делает.

Д-Р ЯНГ: Да, именно так. И как вы, будучи злым отстраненным Карлом, относитесь к людям в целом? Какова ваша связь с ними, каковы ваши убеждения в отношении них?

КАРЛ: Хм. (*Пауза.*) О, на самом деле я не очень люблю их.

Д-Р ЯНГ: Почему?

КАРЛ (*долгая пауза*): Я не знаю, почему.

Д-Р ЯНГ: Они глупы, эгоистичны?

КАРЛ: Ну, некоторые из них глупы, а некоторые и не глупы. Конечно, они не так умны, как я.

Д-Р ЯНГ: Вы чувствуете себя лучше от осознания своего превосходства?

КАРЛ (*уверенно*): Да.

Д-Р ЯНГ: Почему вам сейчас хорошо от этого?

КАРЛ: Я должен быть лучшим. Я должен быть победителем.

Д-Р ЯНГ: И почему для вас важно быть лучшим?

КАРЛ (*сердитым голосом*): Вы меня злите.

Д-Р ЯНГ: Можете ли вы попытаться объяснить, почему вы злитесь на меня?

КАРЛ: Ну, вы задаете мне эти вопросы.

Д-Р ЯНГ: А вы не хотите думать обо всем этом.

КАРЛ: Нет.

Психотерапевт помогает Карлу достичь более глубокого понимания отстраненного Карла, который недолюбливает людей, не любит думать о своих проблемах, не любит думать о том, почему он поступает так, а не иначе, и почему он обязательно должен быть номером один. Психотерапевт помогает ему понять, как чувствует себя отстраненный Карл и как он действует, — и это важнейший шаг к пониманию того, почему отстраненный Карл негативно влияет на его жизнь в долгосрочной перспективе.

Следует отметить, что Карл описывает два копинговых стиля, которые выполняет отстраненный Карл, — избегание и гиперкомпенсацию. Как мы уже говорили, отстраненный Карл — это одновременно и Отстраненный самоутешитель и Самовозвеличиватель. Один режим выполняет эти две различные функции: отстраненный Карл избегает собственных негативных эмоций и считает себя выше других.

Интересно, что как только психотерапевт идентифицирует отстраненного Карла и делает его персонажем в образе, отношение Карла к психотерапевту меняется. Он выходит из режимов Самовозвеличивателя и Отстраненного самоутешителя. Он лишь поверхностно участвует в "танце доминирования" с психотерапевтом. Он только наполовину борется и отталкивает психотерапевта. Когда режиму отстраненного Карла предоставили возможность высказаться, оказалось, что ему больше не нужно демонстрировать свое превосходство над психотерапевтом и дистанцироваться от него.

Психотерапевт учит пациента вести переговоры между режимами с помощью схемных диалогов

После того как пациент идентифицировал и обозначил режимы, а также установил с ними эмоциональную связь, психотерапевт помогает ему проводить диалоги между ними. Психотерапевт обучает режимы переговорам схемных диалогов. Это функция Здорового взрослого: вести переговоры между режимами. Цель Здорового взрослого состоит в том, чтобы вытеснить Самовозвеличивателя и Отстраненного самоутешителя как защитников Одинокого ребенка и помочь Одинокому ребенку удовлетворить его эмоциональные потребности.

В следующем фрагменте психотерапевт помогает Карлу проводить диалог между отстраненным Карлом и маленьким Карлом, одиноким ребенком. Психотерапевт

вводит в образы Даниэль, жену Карла. Поглощенность Даниэль собой перекликается с поглощенностью собой матери Карла, подкрепляя его детскую схему Эмоциональной депривированности во взрослой жизни. Психотерапевт хочет укрепить связь между одиноким ребенком Карла и Даниэль. Конечная цель — заставить отстраненного Карла отойти в сторону и позволить маленькому Карлу почувствовать и выразить свои эмоции в диалоге с Даниэль.

КАРЛ: Я думаю, маленький Карл хочет к маме. Он хочет быть с мамой, а его мама обладает определенными качествами — пусть даже печальными или негативными. Какими бы они ни были, он все равно привязан к этим качествам.

Д-Р ЯНГ: Таким образом, он хочет быть с ней или с кем-то, очень похожим на нее, обладающим такими же качествами.

КАРЛ: Думаю, да. Маленький Карл помнит, что его мать была грустной.

Д-Р ЯНГ: Поэтому он хочет, чтобы рядом был кто-то грустный и уязвимый, как его мать.

КАРЛ: Да.

Д-Р ЯНГ: А как насчет Даниэль? Что видит маленький Карл?

КАРЛ (*перебивает*): Она грустная и ранимая.

Д-Р ЯНГ: Это то, чего хочет маленький Карл?

КАРЛ (*грустным голосом*): Да.

Психотерапевт помогает маленькому Карлу договориться с отстраненным Карлом.

Д-Р ЯНГ: Тогда позвольте маленькому Карлу сказать: "Я хотел бы попытаться стать ближе к Даниэль". Что ответит отстраненный Карл?

КАРЛ (*долгая пауза*): Я думаю, что отстраненный Карл не возражает, он не против.

Д-Р ЯНГ: Но есть некоторые проблемы, не так ли? Не все идет гладко. Поэтому вам нужно поговорить о том, что мешает этому, — как отстраненный Карл вмешивается в процесс.

КАРЛ: Да, вы правы. Есть проблемы. Отстраненный Карл на самом деле под угрозой.

Д-Р ЯНГ: Скажите маленькому Карлу, что теперь отстраненный Карл стал отдельной личностью и хочет выжить. Отстраненный Карл больше не слуга маленького Карла.

КАРЛ (*отстраненный Карл обращается к маленькому Карлу*): "Да, Даниэль та самая, единственная. Но, знаешь, я все равно не собираюсь отказываться от *собственной* жизни. У меня есть *своя* жизнь".

Д-Р ЯНГ: Расскажите ему об этой жизни, о ее хороших сторонах.

КАРЛ: Знаешь, я раньше неплохо играл в шахматы. Я должен тренировать свой стареющий мозг. Ты же не хотел бы скучать, не так ли? Хотел бы ты скучать, маленький Карл?

Д-Р ЯНГ: И что он отвечает?

КАРЛ (*в роли маленького Карла, неуверенным голосом*): "О, нет-нет".

Д-Р ЯНГ: Похоже, отстраненный Карл несколько издевается над маленьким Карлом?

КАРЛ (*смеется*).

Д-Р ЯНГ: Пусть маленький Карл будет немного сильнее. Пусть он немного повзрослеет; пусть у него остаются все его чувства, но нужно, чтобы он стал немного умнее.

КАРЛ: Хорошо. (*В роли маленького Карла, более решительно.*) "Ты, большой хулиган, теперь послушай меня..."

Отстраненный Карл намного сильнее маленького Карла. Психотерапевт объединяется с маленьким Карлом, чтобы уравнять силы. Он предоставляет уязвимому ребенку больше оружия для противостояния с отстраненным Карлом. Это будет честный бой, а не наказание.

Получив такое подкрепление, маленький Карл продолжает переговоры с отстраненным Карлом. Карл озвучивает обе стороны, а д-р Янг выступает в роли посредника в их переговорах.

КАРЛ (*в роли отстраненного Карла, обращается к маленькому Карлу*): "Да, да, хорошо, ты прав. Семья важна, Даниэль важна. Но значит ли это, что я должен отказаться от всего? Должен ли я от всего отказываться? Разве я не могу что-то оставить себе?"

Д-Р ЯНГ: Это хорошо. Приведите маленькому Карлу пример того, что вы хотели бы сохранить. Обсудите это с ним.

КАРЛ (*в роли отстраненного Карла*): "Могу ли я себе оставить печенье, шоколад и пиццу? Могу ли я играть в шахматы на компьютере всю ночь напролет?"

Д-Р ЯНГ: Как насчет того, чтобы играть по два часа каждый вечер, а не всю ночь напролет?

КАРЛ: Этого недостаточно!

Д-Р ЯНГ: Попытайтесь договориться с ним, но не давите на него слишком сильно.

КАРЛ: Я веду переговоры с маленьким Карлом?

Д-Р ЯНГ: Да.

КАРЛ (*в роли отстраненного Карла*): "Слушай, мы сохраним семью, но это то, что мне нужно". (*Говорит сердито*). "Мне нужно, чтобы ты оставил меня в покое, и я позабочусь о семье".

Д-Р ЯНГ: И что маленький Карл отвечает?

КАРЛ (*в роли маленького Карла, говорит угрюмо*): "Ты разве делаешь это? Ты разве заботишься о своей семье? Я оставлю тебя в покое, если ты позаботишься о семье и о себе. Но разве ты это делаешь?"

Обратите внимание, что в этот момент маленький Карл фактически является комбинацией режимов Одинокого ребенка и Здорового взрослого. Маленький Карл взял на себя роль психотерапевта и осуществляет эмпатическую конфронтацию. Он сталкивает отстраненного Карла с реальностью, в которой и маленький Карл, и Даниэль чувствуют себя одинокими и игнорируемыми.

Психотерапевт связывает режим Одинокого ребенка с нынешними близкими отношениями пациента

Работая с воображением, психотерапевт помогает одинокому ребенку установить контакт со значимыми другими. Д-р Янг старается убедить отстраненного Карла позволить маленькому Карлу проводить больше времени с Даниэль, чтобы дарить и получать любовь. Это также выгодно отстраненному Карлу, потому что любовь — это то, чего он хочет даже больше, чем игр и побед. (Согласно нашей модели, дезадаптивные копинговые режимы — в данном случае, Отстраненный самоутешитель и Самовозвеличиватель, — также хотят любви. Эти дезадаптивные режимы существуют не для того, чтобы причинить вред пациенту, а для того, чтобы защитить его. Когда эти режимы убеждены, что уязвимый ребенок в безопасности, они позволяют ему проявиться).

Д-Р ЯНГ: Как насчет того, чтобы отстраненный Карл ненадолго отошел в сторону и позволил маленькому Карлу и Даниэль побыть вместе? Закройте глаза и дайте маленькому Карлу и Даниэль наладить контакт друг с другом, просто чтобы я мог видеть, что происходит, когда они находятся вдвоем, без отстраненного Карла. Что сейчас происходит, что вы видите?

КАРЛ (*пауза*): Что происходит физически?

Д-Р ЯНГ: Да. Что вы видите? Как они связаны друг с другом? Посмотрите на маленького Карла, но сделайте его немного старше, чтобы ему было не три года.

КАРЛ: Да, конечно.

Д-Р ЯНГ: Вы видите маленького Карла вместе с Даниэль? Как они взаимодействуют?

КАРЛ: Ну, он просто забирается к ней на колени.

Д-Р ЯНГ: Он прикасается к ней? Обнимает ее?

КАРЛ: Да. Она обнимает его.

Д-Р ЯНГ: Как это ощущается?

КАРЛ: Это приятно, он чувствует себя хорошо. Он смотрит ей в глаза, смотрит ей в лицо…

Д-Р ЯНГ: Это то, чего ему хотелось?

КАРЛ: Да.

Карл видит, что на самом деле хочет сблизиться с Даниэль, о чем он раньше не знал. Именно приблизившись к Даниэль, его уязвимый ребенок сможет удовлетворить

свои базовые эмоциональные потребности. Психотерапевт вводит в образ отстраненного Карла.

Д-Р ЯНГ: Теперь поместите отстраненного Карла в образ и просто попросите его прокомментировать то, что он видит, с его точки зрения. Что он чувствует, когда видит это?

КАРЛ: Что ж, отстраненный Карл, оказывается, достаточно просвещенный. (*Смеется.*)

Д-Р ЯНГ (*смеется*): Что он говорит, глядя на них?

КАРЛ (*в роли отстраненного Карла*): "Хорошо, хорошо, молодец. Хорошая работа".

Д-Р ЯНГ (*в роли отстраненного Карла*): "Теперь я хочу вернуться обратно и поиграть в шахматы. Или мне посидеть здесь с тобой и посмотреть телевизор какое-то время?"

КАРЛ: Нет. Но мне бы хотелось, чтобы мы почаще проводили время так.

Психотерапевт помогает пациенту генерализировать достигнутые изменения для ситуаций вне терапии

Заключительная часть исследования помогает пациентам обобщать результаты терапевтических взаимоотношений и упражнений с воображением, проделанных на сеансах, а также результаты отношений со значимыми другими вне терапии. Психотерапевт помогает пациенту выбрать значимых других, которые способны к взаимной заботе и эмоционально связаны с ними. Психотерапевт призывает пациента позволить его режиму Одинокого ребенка проявиться в отношениях, чтобы давать и получать настоящую любовь.

В следующем фрагменте д-р Янг помогает Карлу генерализировать работу с режимами для внетерапевтических ситуаций.

Д-Р ЯНГ: Как вы думаете, что является следующим шагом для ваших "Карлов" с точки зрения терапевтического прогресса?

КАРЛ: Я думаю, мы должны сделать так, чтобы маленький Карл мог проявить себя и остаться. Я думаю, что мы должны сосредоточить наше внимание на отстраненном Карле. Я думаю, что противопоставление маленького Карла и отстраненного Карла очень много дало для моего самосознания. И в той мере, в которой присутствует маленький Карл, отстраненный Карл может позволить себе отступать.

Д-Р ЯНГ: Я вижу, вы думаете, что отстраненный Карл на самом деле отступит автоматически, если будет присутствовать маленький Карл?

КАРЛ: Верно.

Д-Р ЯНГ: И поэтому вы сейчас говорите со мной по-другому, чем это было в самом начале. Прямо сейчас вы кажетесь более уязвимым, вы испытываете более широкий спектр эмоций, чем раньше, и вы больше не поправляете мою речь.

КАРЛ: Это была прерогатива отстраненного Карла.

Д-Р ЯНГ: Да, именно так. То, что вы описали, только что произошло здесь. Теперь вы менее отстраненный Карл, чем прежде. Таким образом, контакт с маленьким Карлом явно меняет отстраненного Карла.

КАРЛ: Верно. Связь с маленьким Карлом и с моими эмоциями в целом — это то, что я *не привык* делать, но для меня важно научиться этому. А что касается маленького Карла, я думаю, он действительно должен остаться.

Как только пациент позволяет Одинокому ребенку появляться и устанавливать связи с другими режимами, они начинают отступать. Их защитная функция по отношению к Уязвимому ребенку становится все менее и менее актуальной. Конечно, эти режимы будут проявляться со временем, но чем больше одинокий ребенок проявляется и устанавливает связи с другими режимами, тем меньше они будут оказывать давление на него, чтобы проявиться.

Чтобы помочь пациентам генерализировать терапевтические изменения для внетерапевтических отношений, часто оказывается полезной терапия для пар, особенно на этом терапевтическом этапе. Кроме того, мы используем когнитивно-поведенческие домашние задания, чтобы помочь пациентам работать над их отношениями с членами семьи, родителями и друзьями.

Психотерапевт предлагает когнитивные и поведенческие стратегии

Хотя пример Карла не иллюстрирует эту часть лечения, в начале лечения психотерапевт предлагает пациенту применить когнитивные и поведенческие стратегии. Эти стратегии могут помочь пациентам с нарциссическим расстройством личности как на этапе оценки, так и на этапе изменения. Когнитивно-поведенческие домашние задания важны для того, чтобы помочь пациентам преодолеть избегающие и гиперкомпенсирующие копинговые стили, которые подкрепляют схемы. Если пациенты продолжают следовать в межличностных отношениях поведению, предполагающему самовозвеличивание и чувство особых прав, их базовые схемы — Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости — не будут полностью излечены.

Записывая свои автоматические мысли в те периоды, когда они пребывают в расстроенных чувствах, пациенты могут научиться определять и корректировать свои когнитивные искажения. Ниже приведены некоторые когнитивные искажения, присущие пациентам с нарциссическим расстройством личности.

1. *"Черно-белое" мышление.* Используя инструменты когнитивной терапии, психотерапевт помогает пациентам научиться исправлять "черно-белое" мышление режима Самовозвеличивателя ("Либо я особенный и нахожусь в центре внимания, либо я никчемный и меня игнорируют"). Психотерапевт учит пациентов различать "оттенки серого" и реагировать более гибко на воспринимаемые им обиды. Пациенты проводят дебаты между режимами Самовозвеличивателя и Здорового взрослого или Одинокого ребенка.
2. *Искажения, касающиеся обесценивания или депривированности со стороны окружающих.* Психотерапевт учит пациентов исправлять свои искажения

относительно того, насколько другие люди, особенно значимые другие, обесценивают или депривируют их. Психотерапевт обеспечивает пациентам проверку реальности в тех случаях, когда они чувствуют себя оскорбленными, а также утверждает принцип взаимности: пациенты не должны ожидать от других того, чего им самим не хотелось бы давать. Психотерапевт поощряет пациентов искать равноправие в отношениях, не испытывая при этом чувства собственного превосходства или особенности.

3. *Перфекционизм.* Психотерапевт учит пациентов бросать вызов перфекционизму, устанавливая как для себя, так и для других людей более реалистичные ожидания по поводу результатов их деятельности. С помощью терапевтических отношений, которые выступают в качестве модели, пациенты учатся прощать другим людям их недостатки. Психотерапевт помогает пациентам обозначить свой внутренний голос перфекциониста как голос требовательного критика, который всегда недоволен.
4. *Превалирование нарциссического вознаграждения над внутренним удовлетворением.* Психотерапевт помогает пациентам проанализировать преимущества и недостатки акцентирования внимания на успехе, статусе и признании, а не на подлинной любви и самовыражении. Аналогичным образом, психотерапевт поощряет пациентов проанализировать преимущества и недостатки мышления, основанного на чувстве наличия особых прав, и соответствующего ему поведения вместо принятия позиции эмпатии и взаимности. Психотерапевт проводит дебаты между схемами и режимом Здорового взрослого.

Психотерапевт составляет копинг-карточки, которые пациент использует, чтобы постоянно осознавать негативные последствия своего нарциссизма и пользу проявления любви и доброты в реальной жизни, выходящей за рамки терапии. Психотерапевт помогает пациентам разрабатывать и проводить поведенческие эксперименты, сравнивая последствия доминирования и проявления любви в близких отношениях с людьми. Психотерапевт хвалит пациента за проявления любви, за выбор настоящей любви вместо преходящего нарциссического удовлетворения.

Техника "падающей стрелы" (*Burns, 1980*) помогает пациентам определить базовые убеждения, которые движут их бесконечным поиском нарциссического удовлетворения. Психотерапевт помогает пациентам прорабатывать различные возможные сценарии, например: "Что если бы вы не были безупречно красивым, потрясающим, богатым, успешным, знаменитым или не обладали бы высоким статусом? Что бы это для вас означало? Что бы произошло? Как вы думаете, на что была бы похожа ваша жизнь?" Работа с этими "что если" — это еще один путь к режиму Одинокого ребенка. Размышляя о том, на что будет похожа их жизнь без нарциссического удовлетворения, пациенты часто попадают туда, где их поджидают схемы Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости.

Между сеансами пациенты читают копинг-карты, чтобы напомнить себе о том, чему они научились при выполнении когнитивной работы. Копинг-карточки указывают им на здоровое поведение, которое будет исцелять, а не подкреплять их схемы Эмоциональной депривированности и Дефективности/стыдливости.

Психотерапевт сочетает когнитивную работу с поведенческими домашними заданиями. Например, психотерапевт просит пациентов проводить время в одиночестве за домашней работой, непринужденной и неформальной, чтобы познать и постичь свой режим Одинокого ребенка. Пациенты записывают свои мысли и чувства, а затем приносят их на следующий сеанс. Психотерапевт и пациент обсуждают, что произошло, и психотерапевт пользуется возможностью осуществить замещающее родительство для пациента.

Пациенты учатся заменять саморазрушительные импульсивные и компульсивные формы поведения эмоциональной близостью и аутентичностью. Пациенты проводят социальные эксперименты, пытаясь сопротивляться переключению в режим Самовозвеличивателя. Вечерами они принимают роль наблюдателя или сосредоточиваются на выслушивании окружающих, воздерживаясь от комментариев с целью вызвать восхищение.

Последнее и, возможно, самое важное упражнение: пациенты с нарциссическим расстройством личности работают над развитием своих близких отношений. Они выполняют домашние задания, чтобы о ком-то позаботиться, и практикуют эмпатию. Они сокращают время, посвященное тому, чтобы производить впечатление на других, и увеличивают время на улучшение эмоционального качества отношений с близкими людьми. Они позволяют Одинокому ребенку вступать в близкие отношения, чтобы удовлетворить базовые эмоциональные потребности. Пациенты наблюдают за тем, что происходит, когда они заменяют зависимое, самоуспокаивающее поведение любовью и близостью.

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПРЕПЯТСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ НАРЦИССИЗМА

Имеется несколько препятствий на пути успешного лечения пациентов с нарциссическим расстройством личности, которые мы обычно пытаемся преодолеть с помощью выполнения упражнений. Однако порой этого оказывается недостаточно.

Эти пациенты с большей вероятностью, чем большинство других пациентов, бросают лечение, особенно на ранних сеансах. Они могут бросить терапию по ряду причин. Самовозвеличиватель в пациенте может не понимать терапевтических целей — установить отношения, основанные на заботе, а не на превосходстве, особенно если пациент никогда не испытывал реальной заботы. Самовозвеличиватель, возможно, не желает терпеть фрустрацию своих нарциссических потребностей, привносимую психотерапевтом. И психотерапевт оказывается не в состоянии удерживать пациента в лечении, не удовлетворяя при этом его нарциссические потребности, что было бы разрушительным как для психотерапевта, так и для пациента.

Пациенты могут бросить лечение, чтобы избежать боли Одинокого ребенка. Они могут не хотеть позволить себе быть достаточно уязвимыми, чтобы доверять психотерапевту и привязываться к нему. Если они начали лечение во время кризиса, существует высокий риск того, что они прекратят его, как только кризис закончится.

Самовозвеличиватель может отвергнуть психотерапевта как "недостаточно хорошего" — недостаточно богатого, недостаточно умного, недостаточно образованного,

недостаточно успешного, недостаточно знаменитого и т.д. Кроме того, это может произойти и позже. Создав поначалу идеальный образ психотерапевта, позже пациент обесценивает его.

Какое влияние имеет психотерапевт на удержание пациента в терапии? Что он может предложить пациенту, чтобы убедить его остаться? Как мы отмечали, одним из источников воздействия являются негативные последствия нарциссизма пациента. Психотерапевт продолжает напоминать пациентам, что, если они не будут меняться, они продолжат платить ту же цену за свой нарциссизм, а цена достаточно высока — любовь и карьера. Другим ресурсом для удержания являются терапевтические отношения. Если психотерапевт удерживает пациента в режиме Одинокого ребенка и обеспечивает ему замещающее родительство его, то привязанность пациента к психотерапевту может стать причиной для продолжения лечения.

ИТОГИ

В работе с пациентами с нарциссическим расстройством личности мы используем подход режимов. Мы выделили три основных режима, которые характерны для большинства таких пациентов (в дополнение к режиму Здорового взрослого): Одинокий ребенок, Самовозвеличиватель и Отстраненный самоутешитель. Основными схемами нарциссизма являются Эмоциональная депривация и Дефективность/Стыдливость, которые, в свою очередь, являются частью режима одинокого ребенка. Схема Привилегированности/Грандиозности является гиперкомпенсацией двух других схем и частью режима Самовозвеличивателя.

При общении с другими людьми нарциссические пациенты обычно находятся в режиме Самовозвеличивателя; Отстраненный самоутешитель — это режим, к которой они переходят, когда остаются наедине с собой. Проявления режима Отстраненного самоутешителя могут принимать различные формы, представляющие собой механизмы избегания схемы. Одни пациенты вовлечены в различные виды активности для самостимуляции — такая деятельность дает им необходимый накал эмоций и подстегивает их чувства. Другие пациенты всеми силами ищут уединения, которое выполняет функцию успокоения, а не стимуляции. Такие компульсивные интересы отвлекают их внимание от боли, вызванной схемами Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости.

Мы обнаружили четыре фактора, которые характерны для окружающей среды пациентов с нарциссическим расстройством личности в их детстве: 1) одиночество и изоляция; 2) недостаточные ограничения; 3) случаи использования или манипулирования со стороны других людей; 4) условное принятие.

В близких отношениях пациенты с нарциссическим расстройством личности обычно демонстрируют характерное поведение. Как правило, они неспособны воспринимать любовь и рассматривают отношения как источник одобрения или подтверждения статуса. Они безразличны, особенно по отношению к наиболее близким людям. Они часто испытывают зависть к тем, кого по каким-то причинам считают лучше себя.

На начальных этапах отношений пациенты часто идеализируют объекты своей любви, а затем, со временем, все больше и больше их обесценивают. Наконец, пациенты в своих близких отношениях демонстрируют паттерн особых прав.

Чтобы провести оценку нарциссических качеств, психотерапевт должен уделить внимание рассмотрению следующих аспектов: 1) поведение пациента на терапевтических сеансах; 2) характер представленной проблемы и ее история; 3) описание пациентом своего детства (включая заполнение Опросника родительского стиля воспитания Янга); 4) результаты заполнения Методики диагностики ранних дезадаптивных схем.

Наш подход к лечению пациентов с нарциссическими расстройствами личности основан на замещающем родительстве для Одинокого ребенка и работе с режимами. Психотерапевт помогает пациенту выстроить режим Здорового взрослого, смоделированную самим психотерапевтом, — Здорового взрослого, который был бы способен перевоспитать одинокого ребенка и сдерживать режимы Самовозвеличивателя и Отстраненного самоутешителя. Психотерапевт использует текущие жалобы пациента как способ его мотивировать и начинает замещающее родительство для Одинокого ребенка. При лечении пациентов с нарциссическим расстройством личности для психотерапевтов важно тактично противостоять обесценивающему или вызывающему стилю поведения пациента и отстаивать свои права всякий раз, когда пациент нарушает их. Вместо того чтобы выглядеть идеальным, психотерапевт признает свою уязвимость.

Психотерапевт знакомит пациента с концепцией Одинокого ребенка и помогает ему распознать режимы Самовозвеличивателя и Отстраненного самоутешителя. Работая с воображением, психотерапевт исследует источники происхождения режимов в детстве. (Как правило, для этого психотерапевт сначала должен преодолеть значительное сопротивление со стороны пациента). Психотерапевт обучает пациента приемам работы с режимами. Режим Здорового взрослого ведет переговоры между другими режимами, чтобы: 1) помочь Одинокому ребенку обрести ощущение того, что о нем заботятся, что его понимают, а также заботиться о других и сопереживать им; 2) противостоять Самовозвеличивателю, чтобы пациент отказался от чрезмерной потребности в одобрении, и по мере того, как его Одинокий ребенок будет получать более искреннюю любовь, учился относиться к окружающим на основе принципов уважения и взаимности; 3) помочь Отстраненному самоутешителю отказаться от неадаптивных, аддиктивных и избегающих видов поведения и заменить их искренней любовью, самовыражением и переживанием эмоций.

Заключительная часть лечения — помочь пациентам генерализировать пользу от терапевтических упражнений и упражнений на визуализацию, проводимых на сеансах, для внетерапевтических ситуаций, — перенести полученные навыки на реальные отношения со значимыми другими. Психотерапевт помогает пациенту выбрать значимых других, которые способны к взаимной заботе и эмоциональной связи с ним. Психотерапевт призывает пациента позволить своему Одинокому ребенку проявляться в этих отношениях, отдавать и получать любовь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Линехан, М. *Когнитивно-поведенческая терапия пограничных личностных расстройств.* Пер. с англ. — М.: Диалектика, 2020.
2. Оруэлл, Дж. *Скотный двор.* Пер. с англ. — М.: Арена, 1989.
3. Толстой, Л.Н. *Смерть Ивана Ильича.* — 1886.
4. Янг, Дж., Клоско, Дж. *Прочь из замкнутого круга!* Пер. с англ. — М. Бомбара, 2018.
5. Ainsworth, M. D. S. (1968). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant–mother relationship. *Child Development, 40,* 969–1025.
6. Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist, 46,*331–341.
7. Alexander, F. (1956). *Psychoanalysis and psychotherapy: Developments in theory, techniques, and training.* New York: Norton. Alexander, F.,&French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and applications.* New York: Ronald Press.
8. Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy.* New York: Guilford Press.
9. Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1979). Judgment of contingency in depressed and nondepressed students. Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology: General, 108,* 449–485.
10. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
11. Aunola, K., Stattin, H., & Nurmi, J.E. (2000). *Journal of Adolescence, 23*(2), 205–222.
12. Barlow, D. H. (1993). *Clinical handbook of psychological disorders.* New York: Guilford Press.
13. Barlow, D. H. (Ed.). (2001). *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
14. Baron, R. (1988). Negative effects of destructive criticism. Impact on conflict, self-efficacy, and task performance. *Journal of Applied Psychology, 73,* 199–207.
15. Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
16. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.
17. Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1–25). New York: Guilford Press.
18. Beck, A. T., Freeman, A.,&Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders.* New York: Guilford Press.
19. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.
20. Beck, A. T., Steer, R. A.,&Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II.* San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
21. Beck, A. T.,Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J.,&Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4,* 561–571.
22. Beyer, J., & Trice, H. (1984). A field study of the use and perceived use of discipline in controlling worker performance. *Academy of Management Journal, 27,* 743–764.
23. Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T.,&DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy, 21,* 9–16.

24. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment.* New York: Basic Books.
25. Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. II. Separation.* New York: Basic Books.
26. Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. III. Loss, sadness, and depression.* New York: Basic Books.
27. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent–child attachment and healthy human development.* New York: Basic Books.
28. Burns, D. D. (1980). *Feeling good.* New York: Morrow.
29. Carine, B. E. (1997). Assessing personal and interpersonal schemata associated with Axis II Cluster B personality disorders: An integrated perspective. *Dissertations Abstracts International, 58,* 1B.
30. Carroll, L. (1923). *Alice in wonderland.* New York: J. H. Sears.
31. Coe, C. L., Glass, J. C.,Wiener, S. G.,&Levine, S. (1983). Behavioral, but not physiological adaptation to repeated separation in mother and infant primates. *Psychoneuroendocrinology, 8,* 401–409.
32. Coe, C. L., Mendoza, S. P., Smotherman,W. P.,&Levine, S. (1978). Mother–infant attachment in the squirrel monkey: Adrenal responses to separation. *Behavioral Biology, 22,* 256–263.
33. Coe, C. L.,Wiener, S. G., Rosenberg, L. T., & Levine, S. (1985). Endocrine and immune responses to separation and maternal loss in nonhuman primates. In M. Reite & T. Field (Eds.), *The psychobiology of attachment* (pp. 163–199). Orlando, FL: Academic Press.
34. Coleman, L., Abraham, J., & Jussin, L. (1987). Students' reactions to teachers' evaluations. The unique impact of negative feedback. *Journal of Applied Psychology, 64,* 391–400.
35. Craske, M. G., Barlow, D. H.,&Meadows, E. A. (2000). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia (MAP-3).* San Antonio, TX: Graywind/ Psychological Corp.
36. Earley, L., & Cushway, D. (2002). The parentified child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry,* 7(2), 163–188.
37. Eliot, T. S. (1971). *The complete poems and plays: 1909–1950.* New York: Harcourt, Brace, & World.
38. Elliott, C. H., & Lassen, M. K. (1997). A schema polarity model for case conceptualization, intervention, and research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4,* 12–28.
39. Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society.* New York: Norton.
40. Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
41. Fisher, C. (1989). *Postcards from the edge.* New York: Simon & Schuster.
42. Frank, J. D., Margolin, J., Nash, H. T., Stone, A. R., Varon, E., & Ascher, E. (1952). Two behavior patterns in therapeutic groups and their apparent motivation. *Human Relations, 5,* 289–317.
43. Freeman, N. (1999). Constructive thinking and early maladaptive schemas as predictors of interpersonal adjustment and marital satisfaction. *Dissertations Abstracts International, 59,* 9B.
44. Freud, S. (1963). Introductory lectures on psychoanalysis: Part III. General theory of the neuroses. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 241–263). London: Hogarth Press. (Original work published 1917)
45. Gabbard, G. O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition.* Washington, DC: American Psychiatric Press.
46. Greenberg, L., & Paivio, S. (1997). *Working with emotions in psychotherapy.* New York, Guilford Press.
47. Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1983). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process.* New York: Guilford Press.
48. Gunderson, J. G., Zanarini, M. C.,&Kisiel, C. L. (1991). Borderline personality disorder: A review of data on DSM-III-R descriptions. *Journal of Personality Disorders, 5,* 340–352.
49. Herman, J. L., Perry, J. C., & van de Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 146,* 490–495.
50. Horowitz, M. J. (Ed.). (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns.* Chicago: University of Chicago Press.
51. Horowitz, M. J. (1997). *Formulation as a basis for planning psychotherapy treatment.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

52. Horowitz, M. J., Stinson, C. H., & Milbrath, C. (1996). Role relationship models: A person schematic method for inferring beliefs about identity and social action. In A. Colby, R. Jessor, & R. Schweder (Eds.), *Essays on ethnography and human development* (pp. 253–274). Chicago: University of Chicago Press.
53. Hyler, S., Rieder, R. O., Spitzer, R. L.,&Williams, J. (1987). *Personality Diagnostic Questionnaire—Revised*. New York: New York State Psychiatric Institute.
54. Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science, 240*, 167–171.
55. Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
56. Kohlberg, I. (1963). Moral development and identification. In H. Stevenson (Ed.), *Child psychology* (62nd yearbook of the National Society for the Study of Education.) Chicago: University of Chicago Press.
57. Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
58. LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
59. Lee, C.W., Taylor, G.,&Dunn, J. (1999). Factor structures of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 23*(4), 421–451.
60. Maslach, G., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
61. McGinn, L. K., Young, J. E.,&Sanderson,W. C. (1995). When and how to do longer term therapy without feeling guilty. *Cognitive and Behavioral Practice, 2*, 187–212.
62. Miller, A. (1975). *Prisoners of childhood: The drama of the gifted child and the search for the true self*. New York: Basic Books.
63. Miller, A. (1990). *Thou shalt not be aware: Society's betrayal of the child*. New York: Penguin.
64. Millon, T. (1981). *Disorders of personality*. New York: Wiley.
65. Noyes, R. J., Reich, J., Christiansen, J., Suelzer, M., Pfohl, B., & Coryell, W. A. (1990). Outcome of panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 47*, 809–818.
66. Nussbaum, M. C. (1994). *The therapy of desire: Theory and practice in hellenistic ethics*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
67. Patock-Peckham, J. A., Cheong, J., Balhorn, M. E., & Nogoshi, C. T. (2001). A social learning perspective: A model of parenting styles, self-regulation, perceived drinking control, and alcohol use and problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 25*(9), 1284–1292.
68. Pearlman, L. A.,&Maclan, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(6), 558–565.
69. Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.
70. Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. New York: Norton.
71. Plath, S.(1966). *The bell jar*. London: Faber and Faber.
72. Rachlin, H. (1976). *Behavior and learning*. San Francisco: Freeman.
73. Reich, J. H., & Greene, A. L. (1991). Effect of personality disorders on outcome of treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 74–83.
74. Rittenmeyer, G. J. (1997). The relationship between early maladaptive schemas and job burnout among public school teachers. *Dissertations Abstracts International, 58*, 5A.
75. Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
76. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
77. Ryle, A. (1991). *Cognitive-analytic therapy: Active participation in change*. New York: Wiley.
78. Sanderson,W. C., Beck, A. T.,&McGinn, L. K. (1994). Cognitive therapy for generalized anxiety disorder: Significance of comorbid personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 8*(1), 13–18.

79. Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemata. *Cognitive Therapy and Research, 19*(3), 295–321.
80. Shane, M., Shane, E.,&Gales, M. (1997). *Intimate attachments: Toward a new selfpsychology*. New York: Guilford Press.
81. Singer, I. B. (1978). *Shosha*. New York: Farrar, Straus, & Giroux.
82. Smucker, M. R.,&Dancu, C. V. (1999). *Cognitive behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing*. Northvale, NJ: Aronson.
83. Suinn, R. M. (1977). Type A behavior pattern. In R. B. Williams & W. D. Gentry (Eds.), *Behavioral approaches to medical treatment*. Cambridge, MA: Ballinger.
84. Taylor, S. E.,&Brown, J. D. (1994). Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin, 116*, 1–27.
85. Terence (1965). *Heauton timoroumenos* [The self-tormentor] (Betty Radice, Trans.). New York: Penguin.
86. Thompson, L.W., Gallagher, D.,&Czirr, R. (1988). Personality disorder and outcome in the treatment of later life depression. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 121*, 133–146.
87. Turner, S.M. (1987). The effects of personality disorders on the outcome of social anxiety symptom reduction. *Journal of Personality Disorders, 1*, 136–143.
88. van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
89. Wills, R.,&Sanders, D. (1997). *Cognitive therapy: Transforming the image*. London: Sage.
90. Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: Hogarth Press.
91. Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
92. Young, J. E. (1993). *The schema diary*. NewYork: Cognitive Therapy Center ofNewYork.
93. Young, J. E. (1994). *Young Parenting Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
94. Young, J. E. (1995). *Young Compensation Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
95. Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (rev. ed.). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
96. Young, J. E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
97. Young, J. E.,&Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire: Special Edition*. New York: Schema Therapy Institute.
98. Young, J. E., & Gluhoski, V. L. (1996). Schema-focused diagnosis for personality disorders. In F.W. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (pp. 300–321). New York: Wiley.
99. Young, J. E., & Klosko, J. S. (1993). *Reinventing your life: How to break free from negative life patterns*. New York: Dutton.
100. Young, J. E., & Rygh, J. (1994). *Young–Rygh Avoidance Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
101. Young, J. E.,Wattenmaker, D.,&Wattenmaker, R. (1996). *Schema therapy flashcard*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
102. Young, J. E.,Weinberger, A. D.,&Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy for depression. In D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed., pp. 264–308). New York: Guilford Press.
103. Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist, 39*, 117–123.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Т

У

Х

Ш

Э

Я

Центр Когнитивной Терапии (Москва) – первый специализированный центр по когнитивно-поведенческой терапии в России.

Сотрудники нашего ***Центра*** занимаются психологическим консультированием клиентов с тревожными расстройствами (паническое, генерализованное, социальное тревожные расстройства), ОКР, депрессией и другими психологическими проблемами, используя новейшие методы когнитивно-поведенческой терапии (схема-терапию, диалектико-поведенческую терапию, терапию принятием и ответственностью, метакогнитивную терапию).

Центр Когнитивной Терапии предлагает обучение когнитивно-поведенческой терапии для специалистов. Двухгодичная программа повышения квалификации и переподготовки по КБТ на данный момент является самой полной программой обучения КБТ в России и охватывает наибольшее количество клинических тем и нозологий. Семинары включают в себя лекционный материал, упражнения в малых группах, разбор клинических случаев, просмотр видеоматериалов. Это единственная программа, в которую включены регулярные демонстрационные сеансы с реальными клиентами, возможность прохождения стажировки и супервизии.

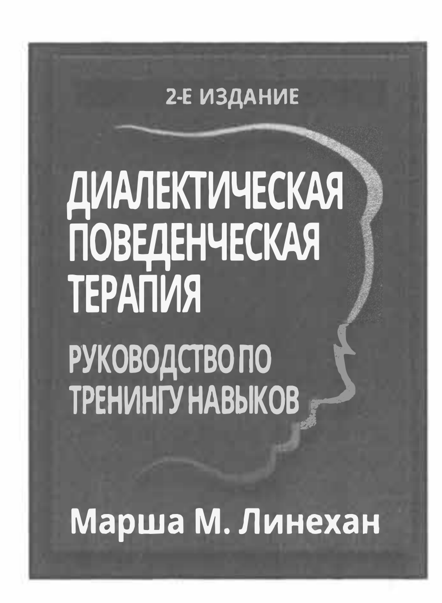
Основные модули программы:

1. "Основы КПТ. Терапевтические отношения в КПТ"
2. "Концептуализация в КПТ"
3. "КПТ панического расстройства и агорафобии. Поведенческие эксперименты в КПТ"
4. "КПТ депрессии. Работа с руминациями в КПТ"
5. "Работа с убеждениями в КПТ"
6. "КПТ социальной тревожности"
7. "КПТ обсессивно-компульсивного расстройства"
8. "Трудные случаи и ошибки в КПТ. Методы самопомощи для терапевта"
9. "КПТ генерализованного тревожного расстройства. Работа с образами в КБТ"
10. "КПТ расстройств личности, основы схема-терапии"
11. "КПТ зависимостей от психоактивных веществ. Мотивационное интервьюирование"
12. "КПТ супружеских пар. Семейные интервенции в КПТ"
13. "КПТ лишнего веса и расстройств пищевого поведения"
14. "КПТ ПТСР"
15. "КПТ для детей и подростков"
16. Также ежегодно Центр проводит международные обучающие программы с ведущими иностранными специалистами по схема-терапии.

Часть наших программ мы проводим в сотрудничестве с Московским государственным университетом им. М.В.Ломоносова (МГУ) и Рурским университетом (Бохум) — одним из лучших ВУЗов Германии. Наша программа соответствует образовательным стандартам Европейской ассоциации КБТ и мы надеемся сделать ее аккредитованной программой EABCT.

ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
РУКОВОДСТВО ПО ТРЕНИНГУ НАВЫКОВ
2-Е ИЗДАНИЕ

Марша М. Линехан



www.dialektika.com

Диалектическая поведенческая терапия — эффективный подход в рамках поведенческой психотерапии, разработанный для людей, у которых диагностировано пограничное расстройство личности, эмоциональная дисрегуляция, проблемы с пищевым поведением, стресс и т.п. Соединив в себе элементы классической психотерапии и практик дзен, диалектический подход и когнитивно-поведенческие методики, диалектическая поведенческая терапия помогает преодолевать чрезмерную эмоциональность ("перегруженность эмоциями"), направленную на себя или на других агрессивность, склонность к черно-белому восприятию мира и саморазрушительное поведение. Проходя диалектическую поведенческую терапию, клиенты приобретают навыки эффективного общения и учатся справляться со стрессом на основе осознанности — постоянного включения в реальность. Книга предназначена для консультантов диалектической поведенческой терапии, психотерапевтов, а также может служить пособием по самопомощи для людей, которые проходят сеансы психотерапии.

ISBN 978-5-907203-23-5 **в продаже**

СХЕМА-ТЕРАПИЯ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Джеффри ЯНГ
Джанет КЛОСКО
Марджори ВАЙСХААР

Схема-терапия — направление в психотерапии, разработанное д-ром Джеффри Янгом для лечения расстройств личности, — приобретает все больше сторонников, поскольку показывает высокую эффективность при терапии таких состояний, как тревожные расстройства (паническое, генерализованное, социальное), обсессивно-компульсивное расстройство, пограничное расстройство личности, нарциссическое расстройство, посттравматическое расстройство, депрессия и пр. Схема-терапия широко применяется как в индивидуальной, так и в семейной терапии.

В ЭТОЙ КНИГЕ

- Диагностика схемы
- Классификация схем, домены схем
- Ранняя дезадаптивная схема
- Выстраивание стратегии работы со схемой
- Применение когнитивных и экспериенциальных стратегий
- Стенограммы сеансов
- Анализ конкретных случаев из практики д-ра Янга и его коллег

ОБ АВТОРАХ

Джеффри Янг — д-р философии, сотрудник кафедры психиатрии Колумбийского университета, основатель и директор центров когнитивной терапии в Нью-Йорке и Коннектикуте и Института схема-терапии, один из ведущих психотерапевтов и новаторов в области психического здоровья. Автор нескольких книг и множества научных публикаций.

Джанет Клоско — д-р философии, магистр (английская литература) соруководитель Центра когнитивной терапии Лонг-Айленда (г. Грейт-Нек, шт. Нью-Йорк), старший психолог в Манхэттенском институте схема-терапии и в Центре женского здоровья, (г. Вудсток, шт. Нью-Йорк). Автор многочисленных научных статей и написанных в соавторстве популярных книг.

Марджори Вайсхаар — д-р философии, профессор психиатрии и поведения человека в Медицинском университете Брауна. Ученица Аарона Бека и Джеффри Янга, автор книги *Aaron T. Beck*, посвященной когнитивной терапии и ее основателю.

Категория: психотерапия

ДИАЛЕКТИКА
www.williamspublishing.com

THE GUILFORD PRESS

